ASTHMA BRONCHIALE
– EINE FALLBESCHREIBUNG –
ASPEKTE ZUR ENTSTEHUNG DIESER KRANKHEIT IM ZUSAMMENHANG MIT FRÜHKINDLICHER ENTWICKLUNG UND REIFUNG

Petra Koellreutter

1981

Aus der Kinderklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. K. Betke

ASTHMA BRONCHIALE. EINE FALLBESCHREIBUNG. ASPEKTE ZUR ENTSTEHUNG DIESER KRANKHEIT IM ZUSAMMENHANG MIT FRUEHKINDLICHER ENTWICKLUNG UND REIFUNG.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von
Petra Koellreutter
aus München
1980

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. K. Riegel
Mitberichterstatter: Prof. Dr. K. Betke
Dekan: Prof. Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung: 1o.3.1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

" Wissenschaften entfernen sich im Ganzen immer vom Leben und kehren nur durch einen Umweg wieder dahin zurück. " GOETHE

" Die empfindsamen Romane gehören ins medizinische Fach zu den Krankheitsgeschichten. " NOVALIS

Diese Arbeit widme ich der Erinnerung an eine liebe Freundin

Inhaltsverzeichnis Seite 1

I.	Einleitung	3
II.	Fallbeschreibung	5
	1.Biografisches	7
	2.Die Schwangerschaft	14
	3.Das Kind	17
	4.Gedanken zum Tod	19
	5.Zur Asthmatherapie	22
	6.'Organwahl' oder 'Anpassung'	26
III.	Theoretischer Teil	
	1.Zur Schwierigkeit der Definition des Asthma bronchiale	28
	2.Zur Polyätiologie des Asthma bronchiale	30
	-die kongenitale Ausstattung	30
	-die allergische Komponente	31
	-die infektiöse Komponente	34
	-die psychische Komponente	34
	3.Zur Entwicklung und Reifung vom Neugeborenen zum Kleinkind	37
	1.Stillen als Beziehungsfrage	37
	2.Immunologische Aspekte der Muttermilch	43
IV.	Zusammenfassung, Schlussbemerkung	47
V.	Anmerkung zu Medikamenten	48
VI.	Literaturverzeichnis	49
VII.	Danksagung	68
VIII.	Lebenslauf	69

I . Einleitung

"Unter den allergischen Krankheiten des Kindesalters ist die bedeutsamste das Asthma."(Betke, 1974)
Bedeutsam, weil die Krankheit häufig ist, bedeutsam aber auch, weil ihr therapeutisch schwer beizukommen ist, sie sehr schicksalverbunden, ja, häufig schicksalbestimmend ist.
Asthma bronchiale ist zudem eine Krankheit mit beträchtlicher sozialer und ökonomischer Bedeutung, wenn man bedenkt, dass etwa 70% kindlicher Asthmatiker ihre Krankheit ins Erwachsenenalter hineintragen und meist dann lebenslänglich daran leiden. Die Therapien sind mannigfaltig, Heilungen ausserordentlich selten.(Erdmann, 1970)
Um das individuelle Erleben dieser Krankheit zu veranschaulichen, stelle ich im ersten Teil der Arbeit eine Krankengeschichte vor. Daran schliessen sich im zweiten Teil theoretische Oberlegungen zur derzeitigen Diskussion der Polyätiologie des Asthma bronchiale an.
Als ein Schwerpunkt möglicher Präventivmassnahmen ist vermehrtes Stillen der Neugeborenen und verlängerte Stilldauer hervorgehoben.

II . Fallbeschreibung

Was ist Asthma bronchiale?

"Asthma- ich fühle mich gefangen ... dieses Asthma ist kein Anfall, es ist ein Zustand."

"Asthma ist ein Schrei der Seele, ein gefrorener Schrei der Wut oder Angst. Es hat fast nichts zu tun mit 'sich schonen', dem Wetter usw. Sogar Medikamente helfen nur bedingt."

"Die Angst hockt auf der Brust, in dem Hals sie lässt nichts rein und nichts raus."

"Asthma- das ist zwischen den Welten stehen, nicht nach oben aber auch nicht nach unten gehen können."

"Asthma- das ist Stillstand im Zweifel, Entscheidungsunfähigkeit."

"Also, ich habe erkannt, dass Asthma heisst: auf der Schwelle stehen. Enge, völlige Blockade, Totstellreflex. Das Zwerchfell ist wirklich fast im Stillstand."

"Das Gefühl, durch das Asthma Leben in sich zu töten."

"Mut zur Reibung haben. Ich habe immer versucht, Reibung zu vermeiden aus Angst vor dem Leben. Innerliche Reibung ist Asthma, ... negatives Leben."

"Heute habe ich gespürt, dass im Ausatmen das Gleiche geschieht wie bei der Erregung, kurz vor dem Orgasmus stoppe ich, tritt die Blockade auf."

"Das Asthma hat mich bisher vor dem Leben geschützt, vor dem ich solche Angst habe ... Es stiehlt mir meine Zeit, es benutzt meine Energie, es hält mich ab vom Handeln."

"Asthma ist der beste Schutz vor Leben."

"Ich richte meine Aggression gegen mich selbst, statt gegen ihn. Das Asthma bewahrt mich davor, andere zu verletzen."

"Das Asthma schützt mich vor Angst. Früher hat es mir Zuneigung und Geborgenheit gebracht, Verwöhnung, Klinik, Schutz vor der Welt. Heute schäme ich mich, heute habe ich das Gefühl, es bringe mir Abneigung, es hält mich fern von anderen. Es erfüllt seine Funktion nicht mehr, aber es gewährt noch immer Schutz. Schutz vor Berührung, Schutz davor, mich ausliefern zu müssen. Schutz vor Wut, vor Gefühlen."

"Kaum ist das Fernsehen zu Ende, kaum bin ich der Nacht ausgeliefert, fängt das Asthma an, die Angst vor der Nacht,vor dem Alleinsein."

"Die Lunge ist wie ein Eisenband, undurchlässig, unbeweglich. Die Angst schnürt alles zu. Der Atem bewegt sich nur noch von der Nase zum Hals, der Bauch tut , als würde er atmen, aber es gibt keine Verbindung, ... Kopfweh ... möchte, dass jemand kommt und mir dies alles abnimmt, wegbläst."

Die Krankengeschichte der Patientin, aus deren Tagebüchern diese Sätze stammen, beginnt als sie circa 4 Jahre alt war, 1944, und endet in der Silvesternacht 1979/80, als A.B. tot aufgefunden wurde; Todesursache: Akutes Rechtsherzversagen. Sie war 39 Jahre alt und Mutter eines knapp 3 Monate alten Säuglings.

Ich lernte A.B. 1977 kennen, kam aber erst im Dezember 1978 in nahen persönlichen Kontakt mit ihr. Im Januar 1979 wohnte sie für 3 Wochen, während einer psychotherapeutischen Behandlung an einem Münchner Institut, in meiner Wohnung.

Ich erlebte sie damals zum ersten Mal in einem Asthmaanfall; für mich bedeutete es die erste Begegnung mit schwerem Asthma in meiner medizinischen Laufbahn. Vor diesem schockierenden Erlebnis kannte ich den Status asthmaticus nur aus Lehrbüchern, hatte mir eigentlich nie vorgestellt, wie das 'im Leben' aussieht.

Biografisches

A.B. war eine schlanke hochgewachsene Frau mit sehr dünnen Armen und Beinen, einem ausgeprägten Fassthorax, einem etwas aufgedunsenen Gesicht, auffallend schönen Augen. Sie hatte eine sehr dünne, papierartige Haut, durch die die Adern schimmerten. Sie legte sehr grossen Wert auf ihre äussere Erscheinung, war stets gut gekleidet und sorgfältig geschminkt; Make-up verwendete sie meist zu viel, um die geplatzten Aederchen ihrer Wangen zu verdecken. Das Gesicht erschien dadurch manchmal wie eine schöne Maske. (Tagebuch-Notiz:"Wie sinnlos, für wen mache ich mich schön, indem ich mich verberge? So viel Zeit für Masken.") An den Beinen hatte sie grosse, tiefe Narben. Sie erzählte, dass man da in einem Asthma-Therapie-Versuch in einer Klinik Terpentin-Abszesse gesetzt habe, in der Hoffnung, auf diese Art das Immunsystem anzuregen. Die

Abszesse hätten lange geeitert und seien sehr schlecht vernarbt. Geholfen habe dies aber nicht.
A.B. kannte ausserordentlich viele Leute, nannte viele ihre Freunde. Sie war sehr beliebt, konnte gut zuhören und machte immer sehr aufmerksame, besonders liebevoll verpackte Geschenke. Ihrem Schenken mass sie selbst viel Bedeutung zu, ihre Art, Geschenke zu machen war aussergewöhnlich. Ihr freundlicher Umgang mit der Welt war auffallend, 'alle liebten sie, wer konnte sich ihrer Anziehung entziehen?' (Aussage von Freunden)
A.B. war schwere Asthmatikerin, stammte aus einer allergisch vorbelasteten Familie; die Mutter und deren Schwester haben leichtes Asthma.
Von mir befragt, ob sie eventuell ihren ersten erinnerlichen Asthmaanfall mit einem traumatischen Kindheitserlebnis verbinden könne, erzählt sie folgende Geschichte: es seien ihr Bombenangriffe im Krieg in Erinnerung, wo alles schrie, Angst hatte, man in den Keller musste. Das sei alles nicht so schlimm gewesen. Als aber das Kriegsende proklamiert wurde- sie lebte damals in einem Vorort von München - sagt man ihr, jetzt sei alles Schlimme vorbei, jetzt sei Frieden. Kurz darauf seien die Amerikaner auf Panzern in den Ort eingefahren, hätten die Häuser durchsucht nach Waffen, und der Grossvater (starke Autoritätsperson) habe damals seine Waffe, die er so gehütet hatte - er ging gerne auf die Jagd - abgeben müssen. Kapitulation. Das sei furchtbar bedrohlich gewesen. "Das soll Frieden sein? Das ist ja alles gar nicht wahr, was man mir da vorher erzählt hat." (Wahr-nehmung) "Als Kind sagte man mir immer: im Frieden, im Frieden ist alles besser, da fliesst 'Milch und Honig' ; ich glaube, ich warte noch immer auf den

Frieden, warte und warte, dass meine Illusion sich erfüllen möge."

Die Mutter,auf ein Erlebnis im Zusammenhang mit dem ersten erinnerlichen Asthmaanfall angesprochen, erzählt: Als A. 4 Jahre alt war, sei ein schrecklicher Bombenangriff auf den Wohnort gewesen, wobei zwei Freundinnen des Kindes A. ums Leben gekommen seien und Häuser rundum zerbombt und in Flammen standen. A. habe die Freundinnen, die im nahegelegenen Feuerwehrhaus aufgebahrt waren, unbedingt noch sehen wollen und sei einfach dorthin gerannt. Man habe sie nicht abhalten können. Von diesem Zeitpunkt an sei das Asthma deutlich geworden.

A. ist das erste Kind der Mutter (Leider konnte ich diese nicht für ein ausführlicheres Gespräch gewinnen, so dass wichtige Fragen über Schwangerschafts-und Geburtsverlauf, Kinderkrankheiten von A., eventuelle besondere Verhaltensweisen als Kind nicht in Betracht gezogen werden können.) Sie hatte als Kind Milchschorf und wurde nicht gestillt, da sie angeblich nicht trinken wollte. Die Mutter hatte aber auch bei der Flaschenfütterung grosse Schwierigkeiten. Auch später wollte A. nie essen. Es scheint häufige Machtkämpfe gegeben zu haben.

Die Mutter ist eine starke, beherrschende, fast gewalttätige Frau, sehr nervös und labil; sie ist undifferenziert in ihren Gefühlen, ihre Wertorientierung geht auf Reichtum und Angesehen-sein; sie ist sehr ehrgeizig, arbeitsam, laut, polternd, gerne dominierend.Sie ist als Mutter auch beschützend, aber A. erlebt diesen Schutz nicht als stabil.

Der leibliche Vater tritt als reale Person nicht in Erscheinung. Die Eltern liessen sich scheiden, als A. noch nicht 2 Jahre alt war. Seither hat er sich nie um das Kind gekümmert.

A. hatte keine Erinnerung an ihn.
Die Mutter zog mit A. nach der Scheidung zu ihren Eltern in einen Vorort Münchens, wo sie mit den Grosseltern A.'s zusammen wohnten. A. wuchs dort auf.
Die Grossmutter: eine gütige, liebe Frau, das Kind sehr beschützend. A. erzählte, sie sei die einzige Person in ihrer Kindheit gewesen, die sie wirklich verstanden habe. Sie starb früh, A. war etwa 8 Jahre alt.
Der Grossvater: ein Landarzt, der seine Praxis im Hause hat und bei der Bevölkerung wegen seiner grossen Hilfsbereitschaft und Aufopferung sehr beliebt ist; er ist ehrgeizig und stark, aber auch hart und brutal. A. bewunderte und fürchtete ihn gleichzeitig.
In der Freizeit ging der Grossvater gerne auf die Jagd und er stellte den Fauen nach. A. erlebte einmal eine sexuelle Szene mit,in der der Grossvater , sich erniedrigend, mit dem häuslichen Dienstmädchen verkehrte, was das Kind damals offenbar sehr schockierte.
Die Mutter hat sich, als A. etwa 4 Jahre alt war, wiederverheiratet mit einem Ingenieur. Sie erarbeiteten sich zusammen eine kleine Fabrik, die viele Jahre sehr gut ging, ja blühte, und die Familie zu plötzlichem Reichtum führte, der allerdings in den 70er Jahren ebenso plötzlich zusammenbrach.
A. wurde von allen Seiten sehr verwöhnt, jeder Wunsch wurde ihr von den Augen abgelesen. Sie war das liebe, brave, schöne, wegen seiner Krankheit arme aber tapfere Kind und wurde als zarte, blonde "Prinzessin" behandelt.

In den Jahren der Pubertät hat sich das Asthma erheblich verstärkt. Die Perioden, in denen sie hospitalisiert war, häuf-

ten sich, die krankheitsbedingten Ausfälle, auch in der Schule, wurden länger.

Ca. 1958 liessen die Eltern einen Wiener Lungenspezialisten nach München einfliegen, da A. in schweren, therapierefraktären Zuständen war. Der Arzt, erschrocken von A.'s Aussehen, äusserte Tbc-Verdacht (der sich nicht bestätigte) und überwies sie in eine Spezialklinik nach Schruns. Dort lag sie mehrere Monate. Konsiliarisch wurde ein Psychotherapeut und Asthmaspezialist aus Zürich zugezogen, um zu beurteilen, ob sie ein Fall für die Psychotherapie wäre. Er war entsetzt über ihre körperliche Verfassung, glaubte aber an die Möglichkeit, die Krankheit unter Psychotherapie in den Griff zu bekommen.

A. erholte sich in Schruns, aber ihr Gesundheitszustand war sehr labil. Man entschloss sich, sie zu einem mehrmonatigen Aufenthalt nach Davos zu verlegen, wohin sie auch in den folgenden Jahren immer wieder ging. Die Eltern scheuten keine Arzt-und Therapiekosten.

A. war völlig in ihre Krankheit eingesponnen, davon absorbiert. Sie lernte ein bisschen Nähen, ein bisschen Fremdsprachen (zwischenzeitliche Au-pair-Aufenthalte in Frankreich und England), aber immer, wenn sie etwas zu Ende hätte machen sollen, konnte sie es nicht, liess sich in ihre Krankheit fallen oder wurde von ihr gefangen. "Ich habe nichts gelernt. Ich wollte nichts werden, oder mit wenig Einsatz bereits alles sein."

Sie hatte also keine Berufsausbildung, versuchte mal hier zu jobben, begann mal dort eine Arbeit, aber sie hielt es nie lange aus. Finanziell wurde sie von ihren Eltern sehr unterstützt.

Etwa 1960, 20jährig, lernte sie bei einem Aufenthalt in Davos

einen verheirateten Mann kennen und verliebte sich in ihn. Sie entschloss sich, von zu Hause wegzuziehen und in die Schweiz umzusiedeln. Der Freund und dessen Frau gaben ihr Starthilfe, liessen sie einige Monate bei sich wohnen bis sie eine eigene Wohnung gefunden ahtte. A. war geistig und erotisch sehr animiert von diesem 20 jahre älteren Mann. Sie liest viel, beschäftigt sich mit Religion und Mystik. Die Sehnsucht nach einem religiösen Erlebnis, die Suche nach Gott begleiten sie ihr ganzes Leben. Sie lebt in einer sehr intensiven, für sie sehr eindrücklichen und prägenden sexuellen Beziehung zu diesem Freund, den sie aber nicht, wie sie es sich wünscht, ganz für sich erobern kann.
Gesundheitlich geht es ihr nicht gut, sie zieht von der Familie dort weg. Das Verhältnis wird distanzierter.
A. beginnt eine Psychoanalyse. Sie überträgt ihre Liebesgefühle voll auf ihren Therapeuten, bei dem sie im ganzen ca. 12 Jahre in Behandlung ist. Die ersten Jahre in der Psychotherapie - Phase der Uebertragungsliebe - beginnt es ihr sehr gut zu gehen. Sie braucht monatelang überhaupt kein Cortison, ist anfallfrei; der asthmatische Atemtypus bleibt, aber sie kann gut damit leben.
Ca. 1964 kommt sie in einem schweren Status asthmaticus mit hochgradigem Lungenödem in ein Züricher Krankenhaus, die Internisten geben ihr eine Ueberlebenschance von 2 Wochen. A. zeigt eisernen Lebenswillen, rappelt sich auf und verlässt die Klinik.
A. selbst berichtete mir dieses Ereignis etwa so: Sie sei damals in schwerem Status eingeliefert worden. Nur langsam sei es ihr besser gegangen, plötzlich dann ganz schlecht. Die Aerzte hätten sie aufgegeben, und da habe sie plötzlich gewusst: Entweder ich gehe sofort raus hier oder ich sterbe.

Sie habe noch in der Nacht ihre Stationsärztin gerufen, ihr mitgeteilt, dass sie die Klinik sofort verlassen wolle, und nach langem Zögern habe die Aerztin sie tatsächlich auf eigene Verantwortung und im Vertrauen auf ihre Aussage gehen lassen. Sie habe sich sofort wohler gefühlt, ihre Sachen gepackt und liess sich abholen. Sie sei dann sehr schnell genesen.

1965 Heirat mit einem Künstler und Bohemien; die Ehe ist sehr schwierig, eine sehr "offene" Beziehung, und wird 1973 geschieden; wieder hat A. das Ziel, einen Mann ganz für sich zu haben , nicht erreicht.

Die Psychoanalyse wird etwa 1974 beendet, da A. auch hier den Wunsch , ihren Therapeuten ganz zu besitzen,nicht erreichen kann.

Das Vater-Geliebter-Bild wird ihr nicht zur Realität. A. erfährt diese Trennung als sehr schmerzlich.

Eine Phase neuer Therapiensuche beginnt. Sie sucht nach allen erdenklichen Arten und Schulen, macht Kurz-Therapien, besucht Kurse. Psychotherapeutische Gruppen und verschiedenste Arten körperlicher Therapien (Atemtherapien, Physiotherapie, Massage etc.) werden ihr zum Lebensinhalt.

Sie lässt sich zur Atemtherapeutin ausbilden, hält zum ersten mal eine Ausbildung durch, eröffnet eine Praxis und hat Erfolge.

Aber der berufliche Erfolg alleine genügt ihr nicht, befriedigt sie nicht. Sie hat immer wieder wochenlange Krankheitsausfälle in ihrer Arbeit. Ihre Suche nach dem Mann, den sie lieben kann und der sie wirklich liebt, scheint vergebens. Immer wieder bietet sie sich Männern an, ja, drängt sich ihnen geradezu auf, spürt das auch selbst, und wenn die Männer, wie meistens, mit Zurückweisung reagieren, beginnt sich

ein Anfall zu manifestieren.

Die Schwangerschaft

1979 wird sie, 39jährig, überraschend schwanger, zum ersten Male in ihrem Leben. Sie hat zu dem Vater des Kindes eine enge aber ambivalente Beziehung. Weder Ehe noch Kind waren geplant. Der Vater lehnt ein Kind grundwegs ab; A. ist gesundheitlich in schlechtem Zustand, hat erhebliche Sekundärveränderungen durch das Asthma und die Cortisondosen, ist medikamentenabhängig. Ihre finanzielle Situation ist unsicher. Doch hatte sie sich ein Leben lang ein Kind gewünscht, und nun, als es sich ankündigt, sollte sie es aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen abtreiben? Indikationen für eine Abtreibung waren ausreichend vorhanden. Aber A. hatte fürchterliche Zweifel, konnte sich nicht entscheiden. Sie hatte auch Angst, an einer Abtreibung zu sterben. Genauso aber fürchtete sie sich vor einer Geburt. Sie fühlte sich den Aufgaben, die ein Kind an sie stellen würde nicht gewachsen, wollte keine Verantwortung übernehmen oder glaubte, sie nicht übernehmen zu können. Ca. 4 Wochen grausigen Zweifels von heftigem Asthma begleitet, verstrichen, dann entschied sie sich mit dem Zuspruch und dem Versprechen von Freunden, ihr alle erdenkliche Hilfe zu leisten, für ihre Schwangerschaft.

"Das Bewusstsein,nun für die nächsten Jahrzehnte unausweichlichfür andere als Mittelfigur tragfähig bestehen zu müssen, wirft manchen Allergiker für Monate in die Unruhe innerer Unsicherheit und Desorientiertheit hinein." (143)

Die Monate der Schwangerschaft , die bevorstehende Geburt und die Aufgabe, für das Kind da zu sein, werden von A.B. als

ausserordentliche Bedrohung empfunden. In ihrer Schwangerschaft war kennzeichnend das Gefühl, je mehr das Kind wachse, desto mehr verliere sie selbst an Substanz. A., die sich selbst oft "ungeboren, isoliert in einer Blase ohne Zugang zu anderen Menschen " fühlte, sollte nun einem Kind Raum und Schutz gewähren; sie fühlte sich absolut überfordert.
Im 4. Schwangerschaftsmonat liess A. eine Amniozentese durchführen; der Befund liess auf keine genetischen Defekte des Kindes schliessen, die Geschlechtschromosomenkonstellation war XX; A. freute sich also auf ein Mädchen.
Der Verlauf der Schwangerschaft war sehr wechselhaft; sie begab sich zwei Mal in ein Sanatorium, wohnte dann mehrere Wochen bei einer Freundin; die letzten 2 Wochen vor der Geburt (Frühgeburt am 8.10.79) lag sie in einem Universitätsspital. Sie litt an einer Spätgestose, asthmatische Zustände häuften sich, sie Kämpfte mit Todesangst.
Die Prednisolon-Dosen während der Schwangerschaft mussten bis zu100mg/die erhöht werden; daneben mahm A. noch Ponstan, Zatiden, Phyllotemp ret., Digoxin, Isoptin, Valium; dazu bei Bedarf: Lomudal, Perphyllon-Supp., Ventolin, Berotec-Spray. Kind und Mutter waren also einer erheblichen Medikation ausgesetzt. Die Gefährdung für das Kind, v.a. durch die hohen Prednisolon-Dosen, versuchte man an wiederholten Messungen des Plasmaöstriol-Spiegels abzuschätzen, die deutlich erniedrigt waren.
Gynäkologen, Anästhesisten und Pädiater berieten über den möglichen Geburtsverlauf, planten einen Kaiserschnitt bei epiduraler Anästhesie (Beatmungsschwierigkeiten bei Normalanästhesie).
Am 7.10. unregelmässige Kontraktionen des Uterus, in der

Nacht zum 8.10. deutlicher Wehenbeginn mit rasch einsetzendem Geburtsverlauf. Eine überraschend leichte und gute Geburt, lediglich mit Zangenentwicklung des Kindes, da A. aufgrund ihres Leidens Schwierigkeiten beim Pressen hatte. Die Geburt wird für sie zum wunderschönen Erlebnis, heftige Farbvisionen und ein blühender Kirschbaum tauchen als Bilder auf.
Das Kind kommt gesund zur Welt.
A. schien es psychisch sehr gut zu gehen, allerdings sind noch zwei Zwischenfälle zu vermerken:
Sie erlitt eine heftige, etwa 3 Stunden dauernde "medikamenten-induzierte'Attacke, als man ihr einen Tag nach der Geburt Methergin routinemässig zur Uteruskontraktur verabreichte. Dabei erscheint mir sehr erwähnenswert, dass in keinem der von mir genannten Pharmakologiebücher und auch nicht in der Schweizer offiziellen Arzneimittelliste Asthma bronchiale als Kontraindikation für Methergin-Gaben genannt wird.
A. erzählte später, sie dachte, sie müsse bei diesem Anfall sterben.
Einige Tage später, nachts, war ein zweiter Zwischenfall: A. kollabierte ganz plötzlich als sie vom Waschbecken ihres Zimmers in der Klinik zum Bett ging (wenige Schritte Entfernung). Sie konnte noch die Klingel betätigen, einer Schwester sagen, dass sie einen Arzt brauche, und sei dann bewusstlos geworden. Dem herbeigerufenen Arzt gelang es aber sofort, sie aus diesem Zusatnd zu holen.
A. erzählte etwas erschrocken von diesen beiden Ereignissen, erholte sich aber in den folgenden Wochen gut und wurde Ende Oktober aus der Klinik entlassen.
Der Vater freute sich riesig über die Geburt seines Töchterchens, wollte A. heiraten und war überraschend bereit, alle Pflichten eines Familienvaters zu übernehmen. Er gab seine

Wohnung auf und zog zu A. . Die Hochzeit war für Anfang 1980 geplant . A. schien einerseits sehr glücklich, war aber andererseits auch von der Vorstellung 'nur wegen des Kindes' geheiratet zu werden, sehr bedrückt. Sie sah wohl viele Schwierigkeiten, aber freute sich doch über die Entwicklung ihrer 'familiären Situation'.
Ich habe sie Anfang Dezember zum letzten Mal gesehen. Sie war schön wie nie zuvor.
In der Silvesternacht 1979/80 starb sie in einem Nebenzimmer, während ein grosses Premierenfest gefeiert wurde, auf einem Bett liegend. Sie wollte sich nur 10 Minuten zurückziehen und ausruhen.

Das Kind

Das Kind kam in der 35. Schwangerschaftswoche auf die Welt, mit einem Geburtsgewicht von 2100g, einer Länge von 47 cm, Kopfumfang 33 cm (Wobei alle Werte nach dem Gestationsalter um die 50. Perzentile liegen). Der übrige Somato-und Neurostatus des Kindes ist unauffällig. Apgar-Index: 8/9/10. Es wird auf die Frühgeborenenabteilung der Universitätsklinik im selben Haus verlegt, wo A. ihr Kind zu jeder Zeit besuchen kann.
M., das Kind, entwickelt sich im postpartalen Verlauf gut, nur die Ernährung macht Schwierigkeiten. "Sie ist faul, will nicht trinken." A. versucht sie auf das Drängen der Schwestern mehrmals an die Brust zu legen, mit wenig Erfolg, allerdings auch mit wenig Geduld . Sie pumpt ihre Milch ab, die dem Kind dann die ersten 10 Tage über eine Magensonde, anschliessend über die Flasche gefüttert wird. Zugefüttert wird Humana I.

A. möchte doch stillen. Ihre täglichen Cortisoneinnahmen können sukzessive reduziert werden, dennoch besteht das Problem des Cortisonübertritts in die Muttermilch, was Windorfer jun. als sehr bedenklich ansieht. (155 ,p.95). Ein Züricher Spezialist meint, da das Kind den Medikamenten bereits intrauterin ausgesetzt war, dürfe A. stillen. Eine Bestimmung des Prednisolon-Spiegels in der Muttermilch sei aus methodischen Gründen nicht möglich, deshalb schlug er dem weiterbehandelnden Kinderarzt regelmässige Gewichtskontrollen und Plasma-Cortisol-Bestimmungen des Kindes vor.
Der Frage wurde dann keine weitere Aufmerksamkeit gewidmet, weil A. bereits ab Mitte November abstillte. Sie hatte nicht die erwartete Befriedigung, auch wär es ihr zu mühsam, zu umständlich, sie fand keine Ruhe, und selbst die Erwägungen, dass es ihrem Kind besonders guttun würde, können sie nicht vom Abstillen abhalten. "Ich habe keine Milch mehr. Die Kleine hat immer gleich wieder Hunger und schreit."
Nach den Angaben des Vaters und des Kindermädchens habe M. sich weiterhin gut entwickelt. Sie sei nicht mehr so schreckhaft wie in den ersten Monaten nach der Geburt, sie krabble, sei fröhlich, lalle, spreche einzelne Worte und habe die ersten Zähnchen bekommen. Sie schlafe allerdings noch immer keine Nacht durch.
Die bisher einzig gravierende Krankheit sei eine Angina bei einem Urlaubsaufenthalt im August 1980 gewesen, die mit Chemotherapeutika behandelt wurde.
Die Atmung des Kindes ist völlig unauffällig, jetzt, im September 1980. M. zeigt einen starken eigenen Willen, sie ist sehr kräftig.
Seit Juli 1980 lebt der Vater mit einer Frau zusammen, die das Kind ganz angenommen hat. Aussenstehende bemerken nicht,

dass sie nicht die leibliche Mutter ist. Es konstituierte sich eine neue Familie.

Gedanken zum Tod

Am Premierenfest in der Silvesternacht feierte A.B.'s Mann, Schauspieler an einem renommierten Haus, eine grossen Erfolg. A. wurde es zuviel, sie zog sich zurück, fühlte sich dem Trubel nicht gewachsen.

A. war in der Zeit nach der Geburt körperlich in zufriedenstellendem Allgemeinzustand. Allerdings ereignete sich in einer Nacht Anfang Dezember noch ein seltsamer Kollaps: A. war etwa um Mitternacht beim Fütternihres Kindes plötzlich zusammengebrochen. Durch lautes Stöhnen beunruhigt, sahen Nachbarn nach ihr (sie war alleine zu Hause , ihre Wohnungstüre war immer offen) und fanden sie am Boden liegend, offenbar bewusstlos. Sie verständigten sofort Sanitäter und nahmen sich auch des Kindes an, das auf A.'s Bett lag. Die "Schöppeli"-Flasche rollte irgendwo am Boden.

A. wurde sofort ins Krankenhaus transportiert, das Kind zu dem Kindermädchen, das sonst täglich zur Mithilfe in die Wohnung kam.

Die Klinik-Diagnose lautete: "Status asthmaticus (dabei offenbar kollabiert, retrograde Amnesie)". A. erholte sich sehr schnell und wurde bereits 1 1/2 Tage später wieder entlassen (auf eigenen Wunsch) mit der Auflage, sich bei ihrem Hausarzt, einem Internisten und Psychotherapeuten, zu melden.

Nach seinem Urteil über diesen Vorfall befragt, meint der Hausarzt: Es war irgendwie ein rätselhaftes Ereignis, v.a. diese plötzliche Atemnot und der darauffolgende Kollaps seien eigenartig. A. selbst habe es wie ein "plötzlich ventilar-

tig keine Luft mehr kriegen" beschrieben. Sie hat sich also nicht, wie sonst, steigernd in den Status geatmet, sondern das Geschehen ging ausserordentlich schnell, und A. war wohl auch für kurze Zeit bewusstlos, da von der Klinik "spontaner Stuhlabgang" beschrieben wird.
Differentialdiagnostisch überlegte man, ob es sich um einen Bronchialkollaps gehandelt haben könnte (Prof. Medici, Zürich: Kaum wahrscheinlich, da sehr seltenes Ereignis; im Nachhinein aber nicht zu überprüfen) oder ob es ein Anfall epileptischer Genese gewesen sein könnte (ein EEG ergab keinerlei Anhaltspunkte dafür.)
So liess sich für dieses Ereignis keine eindeutig somatische Erklärung finden. Die gesundheitliche Labilität war sicher nicht schwerer als vor der Schwangerschaft, eher geringer, über solch kollapsartige Zusammenbrüche berichtete A. allerdings früher nie.
Ihre psychische Verfassung beurteilend, dachte man, A. sei "über den Berg". Sie hatte eine gute Geburt, das Kind war gesund, der Vater ganz auf seine Vaterschaft eingestellt,alles schien eine sehr positive Wendung genommen zu haben.
Jores (82 ,p.131) zitiert von H. Plügge beschriebene Fälle von suizidalen Kranken, die deshalb sehr eindrucksvoll sind, "weil seine Patienten besonders schwere Lebenssituationen , die nach landläufiger Meinung hinreichenden Grund zum Selbstmord gegeben hätten, hinter sich hatten, und nun, in geordneten Lebensverhältnissen , das Leben plötzlich aus unbedeutenden Anlässen wegzuwerfen trachteten."
A. war nicht im engen Sinne suizidal, aber doch zum Sterben bereit. Sie litt bereits seit über 10 Jahren an Todesvorahnungen, dass sie mit 40Jahren sterbe. Sie stand im 40. Lebensjahr.

Nach Jores scheinen auch gar nicht immer schwierige Lebenssituationen die Todesbereitschaft zu fördern (sogar om Gegenteil, sie fördern oft den Ueberlebenswillen),sondern vor allem das Gefühl der Leere scheint ausschlaggebend zu sein. (So haben Länder mit höchster sozialer Sicherheit wie z.B. die Schweiz und Schweden recht hohe Selbstmordraten)(82)

Jores spricht von "psychogenem Tod" und meint damit den Eintritt des Todes aus seelischen Bedingtheiten bei geringfügigem Organbefund. (82)
Der Organbefund A.'s bei einer Obduktion wäre sicher nicht geringfügig gewesen, aber als alleinige Todesursache kann er nicht gesehen werden. Die Frage, wie ihre "seelischen Bedingtheiten" waren drängt sich sehr auf.
Aus einem Brief an eine Freundin im September 1979:"Ich habe Angst, im Nichts zu versinken, zu versanden. ... Der Sinn des Lebens ist entschwunden, und Du kannst nur noch sterben. Wie aber kann das geschehen, da gerade Sinn in Deinem Bauch zu wachsen scheint? Ich weiss es nicht ... ich suche verzweifelt nach Sinn und Vertrauen ... Freude, Leidenschaft, Hoffnung ... alles leere Worte. Ich will nicht sterben. Ich möchte meine Aufgabe erfüllen ... Bitte nehmt mich ernst. Ich denke so oft an Selbstmord. Bitte vertuscht nicht die Angst, geht nicht einfach darüber hinweg, sprecht mit mir. Angst habe ich mehr vor inneren Veränderungen als vor praktischen Tatsachen."
Brief, September 1979, an das noch ungeborene Kind: "Du bedrohst meine ganze Existenz. Alles ist anders. Alles muss anders werden, wenn Du hier bist. ... Ich habe Angst vor der Verantwortung. Angst zu sterben und doch bin ich oft sterbensmüde ..."

Todesängste, Todesahnungen, die durch die Geburt des Kindes, die äussere familiäre Lösung nicht aufgehoben waren, verbunden mit dem Gefühl von Leere, Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Ueberforderung lassen A.'s Tod verstehbarer erscheinen. Wobei die "Psychologie des zum Tode Kranken" (Jores) noch viele Fragen offen lässt.
A.B. starb an der Jahreswende. Auch für sie hätte es eine Wende bedeuten können. Das spürte sie, und gerade das bedrohte sie auch.

Zur Asthmatherapie:
A.B. versuchte natürlich im Laufe ihres Lebens auf alle nur erdenklichen Arten von ihrer Krankheit loszukommen.
Klimakuren, die langjährige Psychoanalyse, ihre Atem- und Physiotherapie verschafften ihr zwar eine zeitweise Abmilderung des Asthmas, konnten aber nicht zu einer Heilung führen.
A. nahm auch, wie alle schweren Asthmatiker, eine Menge von Medikamenten. Nach Ruppert (127) sind die für die symptomatische medikamentöse Therape wirksam einzusetzenden Medikamente:
Bronchodilatatoren
-Sympathomimetika
-Theophyllin und seine Derivate
Corticosteroide
Dinatrium cromoglicicum
Antibiotika
Sekretolytika
Sedativa und Psychopharmaka
Mit Medikamenten aus all diesen Gruppen ging auch A. um, und

zwar sehr selbständig. Das war vorteilhaft, da sie selbst ja ihren Zustand am besten spürte und im Laufe der Jahre gelernt hatte, mit ihrer Krankheit umzugehen. Es barg aber auch die Gefahr von Ueberdosierungen.
Erwähnenswert mag hier in bezug auf Dosieraerosole aus der Adrenalin-Reihe sein, dass, nach Ruppert, im angelsächsischen Schrifttum in den letzten Jahren "eine Erhöhung der Todesrate bei Kindern und jugendlichen Asthmatikern festgestellt wurde, die auf einen Missbrauch dieser Druckaerosole bei Status asthmaticus zurückgeführt wurde. Durch die zu grosse Zufuhr der Adrenalinabkömmlinge kann es zu Kammerflimmern kommen." (127,p.118)
A. wusste auch sehr genau, dass sie mit Berotec-Spray sparsam umzugehen hatte, sonst half er ihr nicht mehr. Mit anderen Medikamenten, wie z.B. Valium, ging sie sicher grosszügiger um.
Auch Antibiotika hatte sie immer zu Hand, da sie selbst bei scheinbar harmlosen Infektionen eitriges Sputum hatte, der Auswurf noch zäher wurde und sie noch grössere Mühe hatte, abzuhusten. Eine stossweise Antibiotikatherapie war also selbst auf die Gefahr von Pilzinfektionen hin, die A. immer mal wieder hatte, in gewissen Abständen notwendig.
Kennzeichnend für sie, wie übrigens für viele Asthmatiker, war, dass das "Pümpeli" immer dabei sein musste. Das Pümpeli ist der Berotec-Spray, ein $beta_2$-Stimulator, den sie immer dann benützte, wenn sie das Gefühl hatte, ein Anfall sei im Anzug. Allein die Vorstellung, den Spray nicht bei sich in der Handtasche zu haben, konnte sie in grosse Angst und Unruhe versetzen. So war auch die erste Telefonnummer in ihrem Adressbüchlein die einer Apotheke in Z., die Tag und Nacht geöffnet ist, ihr im Zweifelsfalle auch ein "Pümpeli" nach

Hause brachte. A. war psychisch sehr von der "Anwesenheit" des Sprays abhängig. Er schien in seiner Bedeutung mehr als nur ein Ding, tatsächlich ein Wesen zu sein. Folgende Tagebuchaufzeichnung mag das illustrieren: "Als ich zu Hause war, entdeckte ich dass mein Inhalator fort war ... Um 4 Uhr erwachte ich mit Asthma. Noch nah am Traum spürte ich die Zusammenhänge mit E. Das Asthma steigerte sich. Ich fühlte eine Enge in der Brust, die unbewegliche, starre Brust, die Angst vor dem Anfall, das Haben-wollen des Inhalators, ich versuchte es mit mirror-breathing, aber innen war es eng, ich fühlte nur Angst und Enge, ich las "Lenz" von Büchner, ich rief die Apotheke an, man brachte mir das Berotec, es kam nicht zum Anfall. Ich wollte etwas haben, das mir helfen sollte. Ich konnte mir alleine nicht helfen." Der Spray fungierte also auch als ein Werkzeug, um die Unerträglichkeit des Alleinseins zu erleichtern.

A. behauptete von sich Cortison-süchtig zu sein. Das Cortison spielte in ihrem Leben eine grosse Rolle:

"Immer, wenn mich etwas belastet, das ich nicht spüren kann, ausspüren und aushalten, greife ich zum Cortison, weil ich das Asthma in dieser Form nicht aushalte."

"Ich nehme Cortison, um nicht in Panik zu kommen."

"Wenn mich etwas belastet, werde ich müde, dann möchte ich nur noch ins Bett, kann mir nicht mehr kochen, mich nicht mehr waschen, mir nichts mehr geben. Kann nicht spüren, was los ist, nur denken und schwer atmen, dann wird es immer schlimmer, und ich denke nur noch an das Atmen, wieder frei zu sein - C O R T I S O N; dann, wenn ich es genommen habe, habe ich Geist."

"Wunderdroge Cortison"? Seit ihrer Pubertät nahm A.fast regelmässig Cortison. Es gibt nur wenige Perioden in ihrem Leben, in denen es A. psychisch sehr gut ging, etwa, wenn sie verliebt war; dann musste sie auch monatelang kein Cortison nehmen. Ihre tägliche Normaldosis pendelte sich zwischen 5 bis 15 mg ein, jedoch brauchte sie des öfteren mehr.
In einem Brief an eine Freundin schreibt sie:"Angst, Cortison-süchtig zu sein. ... Meine Persönlichkeit zerbröckelt immer mehr. Ich weiss nicht, ob es so etwas gibt wie ein Cortison-Syndrom, aber ich kann mehr oder weniger beschreiben, was bei mir passiert: Bei relativ hohem Cortisonkonsum habe ich weniger Asthma und mehr Mut. Es scheint mir dann wenigstens möglich, das Leben zu meistern. Ein Anteil meiner früheren Energie kehrt zurück. ... Sinkt der Cortisonspiegel, bin ich nur noch müde und depressiv. Leer, vor allem leer. Ich kann weder denken noch fühlen, noch mich konzentrieren. Ich habe Angst. Eine grosse Angst im Nichts zu versanden."
Ihrem Therapeuten klagt sie, dass sie sich dem Cortison verfallen fühle, mit Cortison euphorisch sei, ohne depressiv. Sie habe das Gefühl, Cortison verändere sie von innen her, fresse sie an, ihre Gefühle, aber auch ihre Knochen. Sie weiss um ihre Osteoporose, will vom Cortison wegkommen, hat immer ein schlechtes Gewissen, wenn sie mehr als vereinbart nimmt und kann doch ohne Cortison nicht leben.
"Die Corticoide, die Hormone der Nebennierenrinde zum Beispiel, scheinen nicht nur dadurch wirksam zu werden, dass sie die entzündlichen Schleimhautschwellungen der Bronchien verringern, sondern erzeugen auch dank einer unspezifischen, hormonellen Wirksamkeit einen seelischen Zustand, dessen hervorstechendes Merkmal eine Art Glück ist. Aehnlich ist es mit dem Adrenalin, dem Hormon des Nebennierenmarks, und sei-

nen Abkömmlingen; sie wirken nicht nur entspannend auf den Tonus der glatten Bronchialmuskulatur, sondern sie regen den Organismus ganz allgemein an und rufen ein Gefühl grösserer Freiheit hervor." (156)
Kuschinsky schreibt: "Bei der Glucocorticoidtherapie ist die Stimmungslage meistens erhöht, oder es kommt zu Euphorie, die mitunter zu Gewohnheitsbildung und Sucht führen kann. Auch sind Psychosen und bei Kindern Krampfanfälle beschrieben worden." (96 ,p.181) Die zentralnervös erregenden Wirkungen dieser Medikamente dürfen also auch nicht unterschätzt werden.

"Organwahl" oder "Anpassung"

"Wenn eine erhöhte vegetative Reaktionsbereitschaft beim Asthma offenbar vorausgesetzt werden kann: warum betrifft dies dann ganz vorwiegend den bronchomotorischen Apparat?" (127,p.88)
Man kann annehmen, dass eine 'genetisch bedingte' Schwäche der Lunge bei der Entstehung des Asthmas eine Rolle spielt, eine 'Organminderwertigkeit' also bahnend wirkt.
Die Lunge, das Atemorgan, an dem sich Asthma 'festsetzt', ist bei der Geburt noch nicht ausgereift. Nach Langman (97) laufen nach der Geburt z.B. noch sechs Teilungsschritte des Bronchialbaumes ab. Was im einzelnen in dieser Phase der Lungenentwicklung passiert und welche Faktoren darauf Einfluss nehmen, ist noch sehr unbekannt. Sicher ist, dass die menschliche Lunge erst nach der Geburt vollends ausreift. Sehr wahrscheinlich ist, dass diese Reifungsprozesse mit der 'Umweltanpassung' in engem Zusammenhang stehen.
Eine bemerkenswerte Beobachtung machte ich bei der beschriebenen Patientin A.: Sie hielt ihr damals 5 Wochen altes Kind auf dem Arm, sein Kopf lag auf ihrer Brust. A. atmete schwer, hatte lange Ausatemperioden mit pfeifendem Beiton. Plötzlich

sah ich wie das ansonsten normal atmende Kind in die Atemrhythmik der Mutter einzuschwingen begann; die ersten Ansätze pathologischer Atmung zeigten sich also schon beim Erspüren des Atems der Mutter.
Das Kindermädchen A.'s erzählte mir noch, dass das Kind M., wenn es (damals 2 Monate alt) beim Spazierengehen in der Brusttragetasche (Snörgeli) getragen wurde, sehr verschieden reagierte. Trug die schwer und unregelmässig schnaufende Mutter das Kind, war M. völlig ruhig und schlief. Es war an den Atemtypus, das Pfeifen und Giemen gewohnt. Trug eine andere normal atmende Person das Kind, etwa das Kindermädchen, schaute M. verunsichert und unruhig nach oben, wohl um sich am Gesicht zu orientieren, von wem es getragen werde.
Versucht man selbst einmal seinen Kopf auf die Brust eines geliebten (man hört engagierter als bei 'neutralen' Personen) normal atmenden Menschen zu legen und sich einzuhören in die Rhythmik (ein stärkeres Erlebnis als nur mit dem Stethoskop abzuhören), kann man die Eindringlichkeit des Atem-erlebens nachvollziehen, die der Säugling an der Brust der Mutter erfahren haben mag. Versuchte er sich der schützenden, vertrauten Person ganz 'anzupassen'?
Sicher soll man einer Mutter, die so schwere Asthmatikerin ist , ihr Kind nicht wegnehmen, nur damit es nicht falsch atmen lernt. Aber vielleicht wäre es in diesem Fall gerade wichtig, dass ein normal atmender Vater das Kind oft auf dem Arm hat, um die 'pathologisch einseitige Bahnung' etwas auszugleichen .
Wichtig erscheint mir, nachzuprüfen, ob diese Beobachtungen rein zufällig waren, oder solche 'Anpassungsphänomene' anderen Beobachtern auch schon aufgefallen sind.

III Theoretischer Teil

Zur Schwierigkeit der Definition des Asthma bronchiale.

Was ist Asthma bronchiale? - Antworten vom wissenschftlichen Standpunkt fallen sehr verschieden aus, je nachdem, ob man rein naturwissenschaftlich orientierte Forscher befragt, oder mehr psychologisch, psychosomatisch orientierte.
Ein Versuch, beide Seiten weitgreifend in ihrer Deutung als psychosomatische Krankheit zusammenzufassen, ist die Definition Schmenglers (127, p.8):
Asthma ist "eine überschiessende, teils abartige Reaktionsform des bronchomotorischen Apparates und der Bronchialschleimhaut unterschiedlichen Grades und unterschiedlicher Dauer, pluralistischer Aetiologie und multipler Pathogenese in Wechselwirkung zum Gesamtorganismus und zur Individualpersönlichkeit."
Ich möchte aber noch andere, enger und einseitiger gefasste Erklärungsversuche hinzustellen, um die Vielgestaltigkeit der Forschungasnsätze zu illustrieren:
Herxheimer,zitiert nach Ruppert (127), hat das Bronchialsthma definiert " als eine sich wiederholende Verengung des Bronchiallumens durch spastische Kontraktion der Bronchialmuskulatur, die mit Hypersekretion oder mit Oedem der Mukosa oder mit beiden verknüpft sein kann."
Nach Obendorf , zitiert nach Staehelin (143), "stellt vom psychoanalytischen Standpunkt die asthmatische Attacke den Schrei des Kindes nach der verlorenen Mutter dar. Noch tiefer gesehen, beinhalte der asthmatische Anfall den Konflikt zwischen Aufnahme und Verstossung, Beherrschung und Unterwerfung unbewusster Männlichkeit und bewusster Weiblichkeit."

French und Alexander finden, "dass bei den Asthmatikern die früheste Beziehung zwischen Mutter und Kind grundlegend gestört ist. Die Anstrengung des Kindes, die Mutter unter keinen Umständen zu verlieren, beherrscht die Erlebniswelt des Kranken, besonders in seiner unbewussten Wahrnehmungs-und Erlebnisform." (zit. nach Staehelin, 127)

Mitscherlich sagt, "der Anfall sei ein Schrei der Seele nach , aber auch gegen die Mutter. Als Beweis für die Annahme, das zentrale Problem der Asthmatiker sei eine ungelöste Mutterbindung, wird auf die intrauterinen Phantasien hingewiesen, die häufig in Träumen feststellbar seien." (127)

Schwöbel: "Atmen ist ein und aus, ist ein Geschehenlassen, d.h. die Luft ein-und ausströmen lassen. Im Atmen liegt aber die Möglichkeit des Ansichhaltens der Luft. In der Angst, im Schreck hält jeder Mensch die Luft an; erst in der Entspannung kann er wieder atman ... In seiner grossen Angst nun ist der Asthmakranke ganz auf dieses Ansichhalten, das Nichtgebenkönnen eingestellt, das damit Ausdruck einer extremen Abwehr ist." (127)

Boss:"In Tat und Wahrheit sind die asthmatischen Menschen noch so klein und nur hilflose Hülle, dass sie noch nicht einmal wie ein dreijähriges Kind zu atmen vermögen ... Darum beherrscht eine abgründige Angst ihr Dasein; eine Angst, die so entsetzlich ist, dass sie die Kranken im wörtlichsten Sinne auch nur des notdürftigen Selbstseins entsetzt, sie aus allen und jeden Weltbezügen hinaus-und ins Bodenlose eines atomar zerstäubten Abgrundes zurück wirft." (127)

Zur Polyätiologie des Asthma bronchiale.

Welche Faktoren können dazu führen, dass bei einem Menschen Asthma ausbricht?

René Spitz spricht von der kongenitalen Ausrüstung eines Kindes und versteht darunter (142) :

1. Die ererbte Ausstattung, bestimmt durch Gene, Chromosomen, DNA, RNA etc.
2. Intrauterine Einflüsse während der Schwangerschaft
3. Einflüsse, die während des Geburtsvorganges wirksam werden

Es ist eine weiter gefasste und differenziertere Betrachtung als wenn man nur von 'genetischer Belastung' spricht. Diese ist bei Asthmatikern sicher anzunehmen, da man fand, "dass in Familien von Allergikern die gleiche Grundkrankheit ... häufiger vorkommt als in Familien von Nichtallergikern,"(127, p.10) und zudem Knaben häufiger betroffen sind als Mädchen. "Die Schwere des jeweiligen Krankheitsbildes sowie auch das Manifestationsalter lässt jedoch hinsichtlich des Erbganges keine eindeutigen Gesetzmässigkeiten erkennen." Die Konkordanzquote der Erkrankungshäufigkeit liegt bei eineigen Zwillingen bei 37,5 % (127).

Die Unterscheidung, ob z.B. nur der Vater Asthmatiker ist oder nur die Mutter oder beide, hat verschiedene gedankliche Konsequenzen. Im Falle des Vaters wäre die Frage nach der genetischen Belastung im Vordergrund, aber natürlich auch die Familiensituation mit einem kranken Elternteil, "Familienoberhaupt". Im Falle der Erkrankung der Mutter kommt noch der Frage nach den intrauterinen Einflüssen während der Schwangerschaft besondere Bedeutung zu. Hatte die Mutter starke Atembeschwerden während der Schwangerschaft? Musste sie medikamentös versorgt werden? Cortisongaben? Anfälle? Verschlechterungen in gewissen Monaten der Schwangerschaft? In gewissen Situationen?

Atembeschwerden der Mutter mit folgender Sauerstoffuntersättigung des Blutes, schlechtes psychisches Befinden und placentagängige Medikamente können im vorgeburtlichen Stadium bereits prädisponierend auf das Kind wirken.
Ebenso ist z.B. Geburtssituationen, in denen Mutter oder Kind in asphyktische Zustände kommen, besondere Aufmerksamkeit zu widmen.
Als Allergene können wirken:
Bakterien
Inhalationsstoffe wie z.B.-Hausstaub
-Pollen
-Erde
-Matratzeninhalt
-Blumen
-Gerüche,Düfte
-Menschen-und Tierhaare
-Berufs-allergene(Chemikalien etc.)
Nahrungsbestandteile,Z.B. Zuckeraustauschstoffe
parenteral verabreichte Stoffe
Bezüglich der 'Nahrungsbestandteile als Allergene' berichtete mir ein Arzt aus Jerusalem, er habe bei einem kleinen Mädchen, das sehr viele Süssigkeiten und Kuchen aus Konditoreien zu essen bekam und danach mit heftigen Asthmaattacken reagierte, sämtliche Schleckereien untersagt ; erlaubt war Kuchen, der von der Mutter gebacken war. Das Kind hatte keine Beschwerden mehr. Als es im Kontrollversuch wieder Schleckereien und gekaufte Kuchen bekam, reagierte es erneut mit Asthma. Der Arzt führte das auf Zuckeraustauschstoffe zurück. Seit der Ausschaltung dieser Allergene sei das Kind beschwerdefrei. Ob in diesem Fall eine allergische Belastung zusätzlich in der Familie liegt, weiss ich leider nicht.

Wichtig erscheint mir auf alle Fälle die Bemerkung von van Ufford: "Wenn wir sagen, die Ursache von Bronchialasthma sei ein Allergen, so bedeutet das nicht, dass dieses Allergen auch immer eine Attacke verursacht."(149)

Jores und Mitarbeiter meinen beispielsweise, dass die häufig zitierten Tier-und Menschenhaare gar nicht die eigentlichen Allergene seien, sondern der Geruch des Tieres oder eines Menschen. Sie betonen, dass ein hoher Prozentsatz der Asthmatiker geruchsempfindlich sei, wobei nicht der Geruch als solcher, sondern das Erlebnis des Geruches in seiner Bedeutung , also das Allergen in seinem Bedeutungszusammenhang, die entscheidede Rolle spiele. Grosse Ueberempfindlichkeit herrsche vor allem gegen 'schmutzige Gerüche'. Das hänge eng mit dem Nichtakzeptieren der Asthmatiker von Schmutz, Leid und Bösem in der Welt zusammen.

"Das ist es, was die Asthmatiker nicht tolerieren, wogegen sie sich auflehnen, und mindestens die Mehrzahl ihrer Anfälle entzündet sich an dieser Tatsache, dass entweder ihre Umgebung, insbesondere natürlich die nächsten Angehörigen oder auch sie selbst nicht nach dem Ideal der Wohlanständigkeit, der Sauberkeit und der Ordnung verhalten." (83)

Die Ermittlung von Allergenen durch den Hauttest stellt einen wichtigen Diagnostik-Hinweis dar. Es wird aber betont, "dass auch im Kindesalter positive Hauttests keineswegs klinisch relevante Bedeutung haben müssen. (Beispielsweise haben unter 103 getesteten Kindern, die im Hauttest eindeutig positive Reaktionen gegenüber Pollen aufwiesen, nur 45 in der Anamnese oder in den 5 der Testung folgenden Jahren Pollinosis angegeben. Die übrigen 55% gaben keinerlei bewusste Symptome an, so dass eine latente Allergie angenommen werden musste.)"(127)

Sehr deutlich positive und breite Allergiespektren deuten aber auf einen schweren und prognostisch ungünstigen Verlauf hin, meint M.Meyer .(In:127,p.83)

Da ein häufig beobachtetes Phänomen nächtliche oder frühmorgendliche Asthmaattacken sind, untersuchten Barnes und Mitarbeiter dies im Zusammenhang mit Messungen des zirkulierenden Adrenalin, Histamin und Cortisol an 5 Asthmatikern und 5 Normalgesunden. Histamin scheint ein wichtiger Mediator der Bronchokonstriktion zu sein bei Asthma, und Histaminspiegel in venösem Blut korrelieren auch mit dem Grad des Bronchospasmus. Es zeigte sich, dass das zirkulierende Histamin bei Asthmatikern morgens um 4 Uhr die höchsten Werte hatte, und die Adrenalinspiegel die niedrigsten.

"Bei Normalen ist, obwohl der zirkadiane Wechsel von zirkulierendem Adrenalin ähnlich ist, der Histaminspiegel nicht signifikant erhöht, wahrscheinlich, weil die nicht sensibilisierte Mastzelle stabiler ist." (7)

"Diese Studie legt nahe, dass nächtliches Asthma durch den zirkadianen Abfall von Adrenalin verursacht wird, der eine permissive Wirkung auf sensibilisierte Mastzellen in der Lunge hat, die wiederum die Ausschüttung von Histamin und anderen Mediatoren verursachen und dadurch zu einer Bronchokonstriktion führen." (7)

Diese These wird unter einigen Forschern heftig diskutiert, vor allem, da nicht gesichert ist, ob wirklich Histamin und nicht z.B. SRS-A (slow reacting substance of anaphylaxis) die attackenauslösende Substanz ist. So meint etwa Drazen (31),die Histaminfreisetzung könne auch Zeichen für eine indirekte Reizung sein, "a sign of trouble elsewhere." Es könnte aber auch sein, dass es gar nicht so sehr um die Mediatoren der Broncho-

konstriktion geht, als vielmehr darum, dass die homöostatische Kompensation dieser Substanzen beim Asthmatiker inadäquat ist.

Diese Diskussion sei ein Beispiel dafür, dass, selbst, wenn man einzelne Allergene eruieren kann, man den Mechanismus plötzlicher Bronchokonstriktion längst noch nicht genau versteht.

Die infektiöse Komponente

Häufige Bronchitiden, chronische asthmoide oder spastisch genannte Bronchitiden in der frühen Kindheit wirken prädisponierend für Asthma. Dabei ist unterscheidend zu fragen, ob die Infektion zu einer Sensibilisierung führt, ob verminderte Widerstandskraft oder eine Herdinfektion im Vordergrund steht. Geschädigte Schleimhäute erleichtern natürlich den Durchtritt von Allergenen.

Die psychische Komponente

Die Pathogenese des Asthma bronchiale steht in engen Zusammenhang zum Gesamtorganismus und zur Individualpersönlichkeit. Sowohl Organismus als auch Persönlichkeit bzw. psychische Struktur des Individuums sind gerade in früher Kindheit in grundlegenden Entwicklungs-und Reifungsprozessen. So erscheint es mir naheliegend, von verfestigten Wesensstrukturen der erwachsenen Asthmatiker , die z.B. Staehelin und Jores beschrieben haben, auf kindliche Phasen zurückzuschliessen, wo die Persönlichkeitswerdung begonnen hat; gemäss S.Freuds Postulat, dass psychische Prozesse den Gesetzen des Determinismus unterworfen sind und daher jedes psychische Phänomen über seine Ontogenese bis zu seinem psychischen Ursprung zurückverfolgt werden kann .

"Alexander,French, Miller, Gunasson u.a. heben vor allem die Angst des Kindes, leiblich oder seelisch von der Mutter getrennt zu werden, als Entstehungsursache des Asthmas hervor." (143). Damit ist schon eine wesentliche Grundstimmung angesprochen, die sich durch die Trias: Angst, Unsicherheit, Individuelles Ueberfordert sein umschreiben lässt und bei den meisten Asthmatikern versteckt oder offen zu finden ist.
Diese Grundstimmung, dazu bestimmte Wesenszüge der Asthmatiker, bestimmte Verhaltensweisen und gewisse Auslösesituationen prädisponieren in hohem Grade zur Manifestation von Asthmaanfällen.
Staehelin (143) beschreibt Asthmatiker ihrem Wesen nach ausgesprochen zu 'Ueberindividualität' neigend, mit der Gefahr, dadurch aus einem schützenden Kollektiv zu fallen. Sie haben meist einen übergrossen Leistungsanspruch an sich selbst und andere, verbunden mit hohen moralischen Werturteilen. Ihre ausserordentliche Empfindsamkeit, ihre Intelligenz und ihre geistige Differenziertheit (klassisches Beispiel: Marcel Proust) wird von vielen Autoren gerühmt, gleichfalls wird aber auch ihre Gefühlsverhemmtheit und ihre Hingabestörung hervorgehoben.
Um zu klaren Vorstellungen über die spezifischen Verhaltensstörungen von Asthmatikern zu kommen, hat eine Amsterdamer Arbeitsgruppe, zitiert nach Jores(83), folgende 10 Punkte herausgearbeitet:

1. Eine bemerkenswerte Egozentrizität.
2. Eine Neigung zu Ungeduld und impulsivem Verhalten.
3. Eine Neigung, zu dominieren und zu Tyrannei in der eigenen Familie.
4. Eine verminderte Fähigkeit zur Anpassung an unglückliche Lebensumstände.

5. Eine bemerkenswerte narzisstische Verletzlichkeit und emotionale Ueberempfindlichkeit.
6. Ein grosses Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung, das verborgen ist hinter pseudoindifferentem oder sogar aggressivem Verhalten.
7. Eigensinn, der leicht zu Konflikt mit Autoritätspersonen führt, denen gegenüber sie sich ambivalent verhalten, und mit der Neigung, mit Protest oder gegen bessere Einsicht zu handeln.
8. Eifersucht und Rivalität, die die Patienten oft im sozialen Verhalten und im Kontakt schwierig machen.
9. Eine Schwierigkeit in der Lösung interpersoneller Konflikte, indem man darüber spricht, oder eine andere Form der regulierten Aggressivität.
10. Eine gestörte psychosexuelle Entwicklung; die meisten Asthmatiker reifen spät.

Diese sehr spezifischen Verhaltensweisen wurden im Vergleich zu anderen Untersuchungsgruppen (Ulcuskranke, Herzinfarktpatienten) überprüft.

Hansen (zitiert nach Staehelin, (143)) zieht einen interessanten Vergleich zwischen der schnellen und starken Impressionabilität im psychischen Bereich und der schnellen Ansprechbarkeit der Zellen und Gefässe des Asthmatikers. Sowohl im Psychischen als auch im Physischen ein starker Prozess, der eng mit dem anderen verknüpft zu sein scheint.

Unter typischen Auslösesituationen nennt van Ufford(149) geistige Müdigkeit oder das 'Abschlaffen' (Uebers. P.K.) nach einer intensiven Spannung. Er beobachtete, dass Asthmaattacken auftraten z.B. nach Examina oder wenn die fürsorgliche Betreuung für den heissgeliebten Ehemann,nach einem Streit etwa, aufhörte.

Staehelin nennt als typische Auslösesituationen: Spannung, Kon-

flikte, Erschöpfung, Ueberarbeitung, Enttäuschung, Quälerei, Belastung und Anpassung, Besorgtheit, Angst, Furcht, Kummer, sexuelle Konflikte - alles schwierige Situationen, die ein 'Normaler' in sein Leben intergrieren kann; der Asthmatiker reagiert mit einer leiblichen Attacke.

Zur Entwicklung und Reifung vom Neugeborenen zum Kleinkind. Stillen als Beziehungsfrage

Da in der psychosomatisch orientierten Literatur bei asthamtischen Kindern vor allem das Fehlen einer Mutter hervorgehoben wird, die das Urvertrauen in die Welt durch ihre bergende Liebe vermittelt, möchte ich diesen Punkt in mancher Hinsicht besonders herausarbeiten.

Jores meint, dass die typischen Verhaltensweisen, die man beim Asthmatiker vorfindet, in der Kindheit angelegt seien.

Eine Atmosphäre der "Lieblosigkeit, kombiniert mit hohen Forderungen, die die Kindheitssituation der Asthmatiker charakterisieren" (83,p.73) scheint besonders hervorzuheben zu sein.

"Wenn hier von Lieblosigkeit gesprochen wurde, so darf man nicht übersehen, dass Kinder ähnlich fein wie ein Seismograph auf die wirklich bergende und den anderen annehmende Liebe reagieren und sich durch rein fürsorgliche Liebe nicht täuschen lassen." (83)

Es lässt sich in der reichhaltigen Literatur kein eindeutiger Umriss der Kindheitssituation von Asthmatikern ziehen, aber auffällig scheint für Allergiker allgemein zu sein, dass in der Kindheit eine dominierende Mutter und ein schwacher Vater die Familiensituation bestimmen. Ein Faktum, das auch auf die oben beschriebene Patientin zutrifft.

Was bedeutet die Mutter für das Kind in den ersten Lebensphasen? Da,nach Spitz, das Kind, im Gegensatz zu den meisten Tieren, sehr wenig angeborene Verhaltensweisen mit auf die Welt bringt, ist es in besonderem Masse von seiner Umwelt abhängig. Die Mutter spielt dabei eine direkt vermittelnde Rolle, ja, ist anfangs die Umwelt für das Kind.

Das Neugeborene hat zum Zeitpunkt der Geburt noch keine'organisierte Persönlichkeit', noch keine 'persönliche Initiative' und noch 'keine Wechselbeziehungen mit der Umwelt', ausser in physiologischer Hinsicht. Im ersten Lebensjahr bilden Mutter und Kind eine Dyade, eine Art geschlossenes System.

Das Neugeborene hat eine coenästhetische Wahrnehmung mit extensiven viszeral betonten Empfindungen. So mag ein wichtiger Schritt der Beziehungsentstehung zwischen Mutter und Kind bereits in der Ernährung bzw. Nahrungsaufnahme liegen.

Stillen, an die Brust legen - was bedeutet das für ein Kind in den ersten Lebensphasen?

Wenn das Kind abgenabelt von der Mutter, nun Nahrung und Luft von aussen aufnehmen muss, beginnt eine erste, neue Begegnung mit Welt.

Nimmt eine Mutter ihr Kind an die Brust, nimmt sie es ganz zu sich, gibt ihm ihren Schutz, den Hautkontakt, ihre Körperwärme und ihre Milch. Sie schenkt ihre Aufmerksamkeit ungeteilt ihrem Kind, das saugend an ihrer Brust direkt mit ihr zusammenhängt."Das Gefühl von Urvertrauen, Unbedingtheit und Hoffnungsein hält an und erfüllt sie jeweils mit verstärkter Seligkeitsintensität, je enger sich der tägliche Kontakt mit dem Neugeborenen ... gestaltet." (144)

Anders, wenn das Kind Flaschen gefüttert wird, der Hautkontakt (in den meisten Fällen) wegfällt, und die Aufmerksamkeit der

Mutter viel leichter abgezogen werden kann, da der direkte Bezug fehlt, man eine Flasche auch nebenbei geben kann, oder sogar andere Personen sie dem Kind verabreichen können."Das Hauptaugenmerk der Mutter scheint darauf gerichtet zu sein, das Fläschchen zu halten und nicht auf die soziale Interaktion mit dem Kind." (125)

Warum diese Ueberlegungen im Zusammenhang mit Asthma? Weil die Grundstimmung der Asthmatiker beschrieben wird als das Gefühl des "Geborgenheitsverlustes, der inneren Existenzbedrohung und des verlorenen Urvertrauens zum unzerstörbaren Lebensgeschehen,"(Staehelin, 143), gerade zur Festigung dieses Urvertrauens aber in der allerersten Lebensphase der Grundstein gelegt wird.

Mangelndes Urvertrauen aber "verursacht die meisten Krankheiten unserer Tage, und zwar sowohl im somatischen Bereich wie auch in der Psychiatrie ..."(144)

Welche Bedeutung hat Stillen? Wie wichtig ist Muttermilch für das Kind? Was bedeutet es psychologisch, wenn Mütter 'keine Milch haben'? Diesen Fragen ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken, möchte man der Theorie (und Beobachtung) der gestörten Mutter-Kind-Beziehung bei Asthmatikern nachgehen. Dann steht plötzlich nicht mehr die 'familiäre Atopie' als neutrale Aussage , gegen die man ja nichts machen kann, im Vordergrund, sondern man könnte vielleicht gerade in atopisch belasteten Familien Fehleinstellungen frühzeitig begegnen , Mütter in ihrer Beziehung zu ihren Kindern stärkend unterweisen. Und das ist ja gerade in der ersten Zeit nach der Geburt, wenn die Mutter noch mit ihrem Kind in der Klinik ist, besonders gut möglich. Es verlangt allerdings sehr gute Zusammenarbeit von Klinikchefs, Aerzten, Schwestern und Müttern.

Interessant mag hier die Untersuchungsreihe von Frau Saarinen und ihrem Team in Helsinki sein, die 1979 veröffentlicht wurde (128) unter dem Thema: "Verlängertes Stillen als Prophylaxe gegen Atopie." 256 Neugeborene wurden in einer Langzeitstudie beobachtet. 56 Kinder waren länger als 6 Monate gestillt, 77 Kinder zwischen 2 und 6 Monaten, und 105 Kinder waren schon vor Ablauf von 2 Monaten entwöhnt. Das Ergebnis zeigte:"je länger gestillt wurde, umso weniger atopische Symptome wurden nachfolgend registriert," so dass der wichtige Schluss gefolgert werden konnte, "dass verlängerte Dauer des Stillens prophylaktisch gegen atopische Krankheitserscheinungen bei Kindern mit erblicher Belastung wirkt."
Saarinen:"Das erbliche Risiko der Atopie scheint völlig aufgehoben zu sein bei Kindern, die 6 Monate lang ausschliesslich gestillt wurden. Wir kommen daher zu dem Schluss, dass Babies aus Atopikerfamilien mindestens 6 Monate lang gestillt werden sollten, wenn möglich sogar länger, um das Risiko und die Schwere der Atopie zu verringern. Zusätzlich sollten die Nahrungsmittel, die am stärksten als Allergene wirken können, während des ersten Lebensjahres oder noch länger vermieden werden: z.B. Fisch, Zitrusfrüchte Schokolade, Eier und Tomaten (nach unserer Studie), Erdnüsse, Nüsse, Honig (nach anderen Studien).
Wir meinen nicht, dass Stillen die Atopie völlig verhindern kann. Einige sehr sensible Individuen können durch Nahrungsantigene in der Muttermilch übersensibilisiert sein. Aber für die meisten Babies scheint Stillen doch, zusätzlich zu den vielen ernährungsphysiologischen und psychologischen Vorteilen, ein natürliches und sicheres Mittel der Prophylaxe gegen Atopie zu sein."

Hier angesprochene übersensible Reaktionen wurden z.B. für Kuhmilch-Protein in der Muttermilch von Jakobsson (74) und für Aspirin von Jühlin (85) beschrieben.

Das deutsche Wort 'Stillen' enthält die Aussage, ganz anders als im Englischen, wo es objektiv neutral 'breast-feeding' heisst, dass das Kind, das eben noch unruhig schreiend nach Nahrung verlangt hat, an der Brust der Mutter ruhig, still wird. Die Mutter gibt dem Kind also nicht nur ihre Nahrung, die in ihrem Körper zubereitet wurde, sondern auch Ruhe. Das Kind ist in einer Atmosphäre der Geborgenheit.
"Kurz nach der Geburt und in den folgenden Wochen sichert das Trinken an der Brust die Lebenserhaltung und ist die am besten integrierte aller gerichteten Handlungen." (Spitz,142) Das Kind fühlt die Brustwarze und sieht die Mutter. Es findet hierbei, laut Spitz, eine erste Vermischung taktiler und optischer Wahrnehmung statt.
Da die Nahrungsaufnahme in diesem frühen Alter zentral lebenserhaltende Funktion hat, "üben relativ kleine Abweichungen der Verhältnisse, unter denen diese Funktion ausgeübt wird, einen hochgradigen Anpassungsdruck aus."(142)
Somit legt der Ablauf des Stillgeschehens sowohl für die Wahrnehmungsentwicklung als auch für die Anpassung an die Umwelt einen bedeutenden Grundstein. "Gestillte Babies zeigten eine höhere Aktivität von nicht nahrungsbedingtem Saugen (Nuckeln) und erhielten bei der neurologischen Untersuchung in einem Bewertungsschema bezüglich aktiver motorischer Fähigkeiten höhere Werte. Andere Forscher fanden eine grössere Reaktionsfähigkeit und ausgeprägtere Aktivität bei gestillten Kindern." (125)

Stillen schafft eine enge, intime und gefühlsstarke Beziehung zwischen Mutter und Kind, die nicht unterschätzt werden darf. In diesem Zusammenhang interessant ist eine Studie aus Guatemala. Roberto Sosa machte dort mit seinem Team verschiedene Untersuchungen über sofortigen Mutter-Kind-Kontakt nach der Geburt. Den Müttern wurden ihre nackten Kinder noch auf dem Geburtstisch in den Arm gegeben, und sie verbrachten dann 45 Minuten alleine mit dem Baby in einem privaten Raum. "In allen drei Studien hatten die Kinder mit frühem Mutter-Kontakt weniger Episoden von Infektionen."(140)
Sosa meint:"Früher, enger Kontakt kann leicht und mit einfachen wirtschaftlichen Mitteln ermöglicht werden und hat mit Sicherheit wohltuende Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wachstum des Kindes während des ersten Lebensjahres und darüber hinaus."
Zudem ist, wie ich meine, der Vorgang des an der Brust Saugens auch eine Art Atemerziehung für das Kind. Es muss sehr viel disziplinierter als an einer Flasche mit grossem Loch im Sauger lernen, Saugen, Atmen und Schlucken miteinander zu koordinieren. Auch in dieser Hinsicht hat Stillen wohl einen guten therapeutischen Effekt.

Wenn eine Mutter 'keine Milch' hat , ist sie auch nicht fähig zu stillen. Sie ist nicht bereit, das Kind ganz an sich zu nehmen, ihm über längere Zeit etwas von ihrem Körper zu überlassen. Hat sie 9 Monate der Schwangerschaft - ungefragt, unwillkürlich - dem Kind von ihrer Nahrung gegeben, ihm Schutz durch ihren Körper gewährt (auch da gibt es grosse Unterschiede wie sich eine Frau auf die Schwangerschaft einstellt), so ist sie nun, da das Kind 'unabhängig' ist, ein eigenes,abgenabeltes Wesen, nicht mehr dazu bereit.

Aber gerade diese Unabhängigkeit besitzt der kleine Mensch nicht. Alleine wäre er überhaupt nicht lebensfähig. Das Kind muss gefüttert , besorgt und geliebt werden, sonst verkümmert es.
Nicht-Stillen bedeutet also nicht nur Entzug von Muttermilch, sondern auch körperlichen Rückzug der Mutter vom Kind, was häufig auf - allerdings unbewusster - Ablehnung des Kindes beruht. Die Mutter entzieht sich der 'vollen Hingabe' an ihr Kind. Jelliffe (81) sieht auch einen engen Zusammenhang zwischen Stillen und eigener Sexualität der Frau:" Vom mütterlichen Standpunkt aus muss man drei enge menschliche interpersonale Handlungen hervorheben, die von Natur aus der Fortpflanzung dienen, und die zwischen zwei Individuen geschehen, nämlich den Koitus, die Geburt und das 'An-die-Brust-legen' des Kindes. Um die weibliche Sexualität, im Gegensatz zur männlichen voll zu verstehen, muss man die Reagibilität in all den drei Verhaltensweisen näher betrachten. ... Eine positive Einstellung zur Sexualität hat auch Bezug zu einer positiven Einstellung zum Stillen, und umgekehrt."
So kann sich also bereits durch ein Verweigern des Stillaktes eine erste Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind ausdrükken, und sollte, wenn man nach Prädispositionsfaktoren für das Asthma bronchiale fragt, nicht ausser Acht gelassen werden.

Immunologische Aspekte der Muttermilch

Der englische Slogan 'breast is best' gilt sicher in ganz besonderem Masse für atopisch belastete Kinder. "Das Gefühl wächst, dass, abgesehen von den sofortigen Auswirkungen gastrointestinaler Erkrankung in der Kindheit, die artifizielle Nahrung starke immunologische Langzeiteffekte hat, die viel subtiler sind als

die blossen Auswirkungen, die sich in offensichtlicher Allergie zeigen."(Hendrickse in:27, p.245)Die Vorteile, die Muttermilch für das kindliche Immunsystem liefert, sind ganz erheblich. "Es wird in zunehmendem Masse klarer, dass Neugeborene gewisse wichtige Elemente der Widerstandskraft von der Muttermilch erwerben können während ihr eigenes Immunsystem im Reifen begriffen ist."(4) Bei der Geburt ist das Immunsystem des Kindes keineswegs ausgereift. Das Kind muss sich sehr schnell von einer regulierten Umgebung im Bauch der Mutter auf eine 'aggressive' umstellen, um überleben zu können, und wird mit Muttermilch am besten darin unterstützt. "Das Neugeborene erhält nicht alle Antikörper diaplazentar. IgG wird über die Placenta geliefert; IgA und IgM nicht. Die Serumspiegel dieser drei Immunglobuline sind signifikant höher bei Kindern, die Colostrum erhalten haben. ... In Colostrum und Muttermilch ist das sekretorische IgA das vorherrschende Immunglobulin. Es wird durch proteolytische Prozesse nicht zersetzt und verleiht dem Gastrointestinaltrakt einen passiven Mucosaschutz gegen das Eindringen intestinaler Organismen und Antigene."(4)
Nach Hanson (67) haben die sekretorischen IgA-Antikörper viele verschiedene wichtige Aufgaben; sie

- binden Microorganismen und neutralisieren dadurch auch Viren
- umhüllen und agglutinieren Microorganismen
-hindern Bakterien vor der Anhaftung an der Membran
-in Cooperation mit Lysozym vermitteln sie einen bakteriziden Effekt von E.coli, erhöhen also den bakteriostatischen Effekt von Laktoferrin gegen E.coli.

Es steht auch noch zur Diskussion, ob und inwieweit sie Komplement aktivieren und Opsonine produzieren.

Die mögliche Bedeutung zellulärer Bestandteile der Muttermilch für die Immunität des Kindes sieht Hanson (67) v.a. in der hohen Anzahl von Leukozyten (2000-4000/mm^3); davon ist ein hoher Anteil Makrophagen, die C_3, C_4, Lysozym und Laktoferrin produzieren.

Lymphozyten sind im Colostrum durchschnittlich 2700/mm^3 enthalten, in der reifen Muttermilch 800/mm^3. Ihre immunologische Funktion liegt v.a. in der Produktion von IgA-Antikörpern und bei Stimulation durch Viren wahrscheinlich auch in der Produktion von Interferon.

Ebenso ist die Funktion der Linolsäure als immunologischer Schutzfaktor sehr im Gespräch.

Aufgrund weltweiter Untersuchungen über die Wichtigkeit und den Schutz der Muttermilch für das Neugeborene wird den Müttern wieder dringend geraten, ihre Kinder zu stillen.

Hanson z.B. sieht die zunehmende Verringerung der Stillfrequenz vor allem in den Entwicklungsländern, aber auch bei uns, sehr skeptisch, ja bedrohlich, da damit die Gefahr der kindlichen Infektionen deutlich anzusteigen scheint. Vor allem "kontinuierliche Forschung, um sich mehr Klarheit über die schützenden Funktionen der Muttermilch zu verschaffen, mag ein effektiver Weg sein, diese Entwicklung abzuwenden oder ihr vorzubeugen." (68)

Eine weitere Frage der Immunologie gilt der Besiedelung von Darmbakterien. Diesem Problem hat sich insbesondere Ducluzeau (34,35,36,116) gewidmet: In den 24 Stunden, die auf die Geburt folgen, beginnt der Darm des Neugeborenen sich mit ca.5 milliarden lebender Keime pro Gramm des Gesamtinhaltes zu besiedeln, egal, welche hygienischen Vorsichtsmassnahmen man in der Umgebung des Kindes trifft. Davon üben gewisse Arten von Bakterien

eine sehr mächtige Barriere aus gegen zahlreiche pathogene Keime. Der Widerstand des Kindes gegen zahlreiche Infektionskrankheiten hängt also von der Gegenwart dieser protektiven Keime im Darm ab. Die Besiedelung dieser protektiven Keime läuft in einer genauen Sequenz ab und ist abhängig von der Nahrung, die dem Kind zugeführt wird. Auf dem jetzigen Wissensstand nimmt man an, dass die Anwesenheit von Bofidobakterium ein guter Indikator ist, um eine für die Ansiedelung barrierebildender Bakterien günstige Zusammensetzung des Intestinuminhaltes zu beurteilen.
Bei gestillten Kindern herrscht Bifidobakterium vor, während nur wenig E.coli vorhanden ist. Dagegen ist bei Kuhmilch-ernährten Kindern (auch 'maternalisierte Industriemilchen') E.coli dominierend und Bifidobakterium fast völlig abwesend.

Gesichert ist: wenn die frühe Ansiedelung der normalen Darmflora gestört ist, z.B. durch die Gabe von Antibiotika an das Neugeborene oder selbst an seine Mutter, etwa vor der Geburt, diese Störung irreversibel ist.Die ganze spätere bakteriologische Geschichte des Individuums läuft dann Gefahr, Nachwirkungen davonzutragen.
Weiter ist nach dem aktuellen Wissenstand gesichert, dass Muttermilch das effektivste Mittel darstellt, um die günstigste Abfolge der Bakterien bei der Darmbesiedelung zu sichern. Man weiss allerdings noch nicht genau, welches die für diesen Effekt der Abfolge verantwortlichen Faktoren in der Muttermilch sind. Man kennt auch die Rolle der verschiedenen Bakterienarten, die sich nach und nach in bestimmter Abfolge ansiedeln nicht genau.

IV. Zusammenfassung, Schlussbemerkung

Es wird über die Entwicklung und den Verlauf eines Asthma bronchiale bei einer Patientin berichtet, die mit 4 Jahren den ersten Asthmaanfall erlitt; sie war in schwierigen Familienverhältnissen aufgewachsen, hatte eine sehr ambivalente Mutterbindung; Milchschorf in der Kindheit war bekannt.
In der Pubertät sich verstärkende Asthmaattacken mit langjährigen Therapieversuchen begannen das Leben der Frau zu prägen.
Nach problematischer Schwangerschaft und der Geburt eines unauffälligen Frühgeborenen verstarb die Patientin nach 2 1/2 monatiger Mutterschaft an den Folgen ihres lebenslangen Leidens.
Kann man solch dramatischen Lebensverläufen nicht vorbeugen?
Diese Frage zwingt, die derzeitige Ätiologiediskussion des Asthma bronchiale anzureissen. Dabei wird in dieser Arbeit herausgestellt, dass Stillen sowohl eine wesentliche und wichtige Komponente für die Ausbildung eines intakten Immunsystemes als auch eine wichtige Grundlage für die Entstehung einer guten, auf Urvertrauen begründeten Mutter-Kind-Beziehung ist.
Dies möchte ein Beitrag sein, die Stillfreudigkeit der Mütter wieder mehr zu unterstützen und den allergischen Erkrankungen, die sich lebensbestimmend und lebensbedrohend entwickeln können, auf dieser ersten und wichtigen Stufe präventiver Möglichkeiten zu begegnen.

101.Marty, P.:Klinische Bemerkungen und Hypothesen zur Oekonomie der Allergie.
In:16. Brede,K.
Frankfurt/M., 1974 (Syndikat)

102.Marty,P.: Die 'allergische Objektbeziehung'.
In: 16.Brede K.
Frankfurt/M., 1974 (Syndikat)

103.Mead,M.:Sex and temperament in three primitive societies.
New York, 1963 (Dell)

104.Mitscherlich,A.:Krankheit als Konflikt - Studien zur psychosomatischen Medizin,1.
Frankfurt/M., 1966 (Suhrkamp)

105.Mitscherlich,A.: Versuch, die Welt besser zu bestehen.
Frankfurt/M., 1970 (Suhrkamp)

106.Moser, T.: Grammatik der Gefühle - Mutmassungen über die ersten Lebensjahre.
Frankfurt/M., 1979 (Suhrkamp)

107.Mueller, H.L., Weiss,R.J., et al.:The incidence of milk sensitivity and the development of allergy in infants.
New Engl. J. Med., 268, 1220, 1963

108.Nellhaus,G.,Neuman,I., et al.:Asthma and seizures in children.
Ped. Clin. N. Amer., 22, 89, 1975

109.Neraal,A.: Das Asthma bronchiale aus familiendynamischer Sicht, dargestellt an einem exemplarischen Fall.
Mschr. Kinderheilk., 128, 476, 1980

110.Newman,G.:Infant mortality: A social problem.
New York, 1906 (Dutton)

111.Newton,N.:Breast-feeding.
Psychol. Today, 6, 34, 1968

112.Newton,N.:Maternal emotions .
New York, 1953 (Hoeber)

113.Newton,N., Newton,M.:Psychologic aspects of lactation.
New Engl. J. Med., 277, 1179, 1967

114.Nolte, D.: Asthma. Das Krankheitsbild, der Asthmapatient, die Therapie.
München, 1980 (Urban und Schwarzenberg)

115.Oesterlund, K., Timonen,S.:Stillen im Kreissaal.
In:131. Schmidt,E.

116.Patte,C., Tancrède,C., et al.: Premières étapes de la colonisation bactérienne du tube digestif du nouveau-né.
Ann. Microbiol., 130A, 69, 1979

117.Péchevis,M.:Elements for a policy promoting breast-feeding.
In: Assignment Children, UNICEF no. 32,
Genf, 1975 (UNICEF)

118.Peshkin, M.M.:Intractable asthma of childhood, rehabilitation at the institutional level with a follow-up of 150 cases.
Int. Arch. Allergy, 15, 91, 1959

119.Petros-Bavarzian,A.: Maternal and child Health on breast-feeding.
In: 92.Kretchmer,N.
Basel, 1975 (Karger)

120. Platt,B.S., Gin,S.Y.:Chinese methods of infant feeding and nursing.
Arch. Dis. Childh., 13, 343, 1938

121. Platt,B.S.: Infant feeding practises. Breast feeding and the prevention of infant malnutrition.
Proc. Nutr. Soc., 13, 94,1954

122. Prescott, J.W.:Body pleasure and the origins of violence.
Bull. Atom. Sci., 31, 10, 1975

123. Raphael,D.:The tender gift.
New Jersey, 1973 (Prentice House)

124. Rosenthal,M.J.:A psychsomatic study of infantile eczema. I. The mother-child relationship.
Pediatrics, 10, 1952

125. Richards, M.P.M.: Feeding and the early growth of the mother-child relationship. In: 92. Kretchmer,N.
Basel, 1975 (Karger)

126. Rosenthal,M.J.:Neuropsychiatric aspects of infantile ekzema. (Special references to the role of cutaneous pain receptors.)
Arch. Neurol. Psychiatr., 70, 1953

127. Ruppert,V.(Hrsg.): Asthmafibel.
München, 1975 (Schwarzeck)

128. Saarinen,U.M., Kajosaari,M.: Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease.
Lancet,2, 163, 1979

129.Sand, A.E.: L'évolution de l'allaitement maternel en Occident.
In: 69.Herbinet,E.
Paris, 1980 (Stock)

130.Saucier,J.F.: Correlates of long postpartum taboo: a cross-cultural study.
Curr. Anthropol., 13, 238, 1972

131.Schmidt,E.(Hrsg.): Stillen und Stillhindernisse. Bericht über ein internationales Symposion in Düsseldorf.
Marburg, 1980 (Deutsches Grünes Kreuz)

132.Schneer,H.I.(ed.):The asthmatic child - Psychosomatic approach to problems and treatment.
New York, 1963 (Harper and Row)

133.Scholz,D.: Ergebnisse von Vorsorgeuntersuchungen an 12 000 Vierjährigen in West-Berlin.
Bundesgesundheitsblatt, 24, 373, 1967

134.Schur,M.:Zur Metapsychologie der Somatisierung.
In: 16.Brede,K.

135.Schwab,G.: Die Behandlung eines fünfjährigen asthmakranken Mädchens. In: 16.Brede,K.
Frankfurt/M., 1974 (Syndikat)

136.Schwöbel,G.: Psychosomatische Medizin. Probleme und Wege.
Zürich, 1960 (Rascher)

137.Seguin,C.A.: Der Arzt und sein Patient.
Bern, 1965 (Huber)

138. Solomon,J.B.: Foetal and neonatal Immunology. Frontiers of Biology,20.
Amsterdam, 1971 (North Holland)

139. Sontag,S.:Krankheit als Metapher.
München,1980 (Hanser)

140. Sosa,R.:Maternal-infant interaction during the immediate post-partum period.
Adv. Pediatrics, 25, 451, 1978

141. Speer,F.:The allergic child.
London, 1963 (Harper and Row)

142. Spitz,R.A.:Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr.
Stuttgart, 1972 (Klett)

143. Staehelin,B.: Allergie in psychosomatischer und soziologischer Sicht.
Stuttgart, 1961 (Thieme)

144. Staehelin,B.: Hoffnung, Urvertrauen und zweite Wirklichkeit in der Mutter-Kind-Beziehung.
Sonderdruck, o.O.,o.J.

145. Stauber,M.:Psychosomatische Aspekte in der Geburtshilfe.
Dt. Aerzteblatt, 12, 797, 1979

146. Stoliar,O.A.,Kaniecki-Green,E., et al.:Secretory IgA against enterotoxins in breast-milk.
Lancet,1, 1258, 1976

147.Trüb,H.: Heilung aus der Begegnung . 3.Aufl.
Stuttgart, 1951 (Klett)

148.von Uexküll,Th.(Hrsg):Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München, 1979 (Urban und Schwarzenberg)

149.van Ufford,Q.W.J.:Causes, provoking factors, predisposing factors, complications and consequences of bronchial asthma.
In: Damas Mora,D.(ed.):Asma e Alergias
Lissabon, 1968

150.Varonier,H.S.: Prevalence of respiratory allergy among children and adolescents in Geneva.
Respir., 27, Suppl., 115, 1970

151.Verderese,M.L., Turnbull,L.M.:The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning. A guide to her training and utilisation.
WHO offset publication no. 18
Genf, 1975

152.von Weizsäcker,V.:Pathosophie. 2.Aufl.
Göttingen, 1967 (Vandenhoek und Ruprecht)

153.Wernli-Hässig,A.:Der Asthmakranke in der Praxis.
Aerztl. Prax., 11, 3, 1975

154.Whitehead,R.G.:The infant-food industry.
Lancet, 2, 1192, 1976

155.Windorfer jun.,A.: Stillen und Medikamente.
In: 131.Schmidt,E.
Marburg, 1980 (Deutsches Grünes Kreuz)

45. Fanconi, G.,Wallgren, A.: Lehrbuch der Pädiatrie. 9.Aufl.
Basel, 1972 (Schwabe und Co.)

46. Forth, W., Henschler, D.:Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie.
Mannheim, 1975 (Bibliographisches Institut-Wissenschaftsverlag)

47. French, T.M., Alexander,F.: Psychogenic factors in bronchial asthma.
Psychosom. Med. Monogr., 1, 1941

48. Freud,A., Bergmann,T.: Kranke Kinder - Ein psychoanalytischer Beitrag zu ihrem Verständnis.
Frankfurt/M., 1977 (S. Fischer)

49. Freud,A.: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung.
Bern, 1971 (Huber/Klett)

50. Freud,S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. Werke 5
London, 1942 (Imago Publishing)

51. Freud, S.: Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Ges. Werke 4
London, 1941 (Imago Publishing)

52. Freud, S.: Die Verneinung. Ges. Werke 14
London, 1948 (Imago Publishing)

53. Freud,S.: Das Ich und das Es. Ges. Werke 13
London,1940 (Imago Publishing)

54. Gerrard, J.W., Mac Kenzie, J.W.A., et al.: Cow's milk allergy: prevalence and manifestations in an unselected series of newborns.
Acta paed. Scand., 234, Suppl., 1973

55. Giobbi, S.A., Kemp, J.P., et al.: Milk sensitivity in breast fed infants.
Paper presented at American Academy of Allergy Conference, 1976

56. Godfrey,S.: Past history of adult bronchitis.
Respir., 27, Suppl., 113, 1970

57. Goldman, A.S., Smith, C.W.: Host resistance factors in human milk.
J. Pediat., 82, 1082, 1973

58. Goldstein, G.B., Heiner, D.C.: Clinical and immunological perspectives in food sensitivity.
J. Allergy, 46, 270, 1970

59. Gotherfors, L., Winberg,J.: Host resistance factors.
J. Trop. Pediatr. Environ. Child Health, 21, 260, 1976

60. Gotoff, S.P.: Neonatal immunity.
J. Pediatr., 85, 149, 1974

61. Graber, G.(Hrsg.) :Pränatale Psychologie.
München, 1974 (Kindler)

62. Groddeck, G.: Verdrängen und Heilen. Aufsätze zur Psychoanalyse und zur psychosomatischen Medizin.
München, 1974 (Kindler)

63. Groddeck,G., Freud,S.: Briefe über das Es.
München, 1974 (Kindler)

64. György,P.:A hitherto unrecognized biochemical difference between human milk and cow's milk.
Pediatrics, 11 , 98, 1953

65. Haire,D., Haire,J.: The medical value of breast feeding.
Washington (?), 1971 (Internat. Childbirth Education Assoc.)

66. Hamburger, R.N., Orgel, H.A.: The prophylaxis of allergy in infants debate.
Ped. Res., 10, 387, 1976

67. Hanson,L.A., Winberg,J.: Breast-milk and defense against infection in the newborn.
Arch. Dis. Childh., 47 , 845, 1972

68. Hanson,L.A., Carlsson,B., et al.: Immune defense factors in human milk.
In: 92. Kretchmer.N., Basel.1975 (Karger)

69. Herbinet,E. (ed.): D'amour et de lait. Cahiers de nouveau-né 3.
Paris, 1980 (Stock)

70. Herrmann,J.M., Schüffel,W., et al: Asthma bronchiale .
In: 148. von Oxküll, Th.
München, 1979 (Urban und Schwarzenberg)

71. Hickl,E.J., Riegel,K.(Hrsg.) Angewandte Perinatologie.
München, 1974 (Urban und Schwarzenberg)

72. Holborow,P.: Sudden infant death syndrome.
Amer. J. Clin. Nutrition, 33, 730, 1980

73. Howard , W.A.: Asthma.
In: 141. Speer,F.
London, 1963 (Harper and Row)

74. Jakobsson,I., Lindberg,T.:Cow's milk as a cause of infantile colic in breast-fed infants.
Lancet, 2, 437, 1978

75. Jelliffe,D.B.: Community and sociopolitical considerations of breast-feeding.
In: 27. Ciba-Foundation Symposium 45

76. Jelliffe, D.B., Jelliffe, E.F.P., et al.: The children of the San Blas Indians of Panama.
J. Pediat., 59, 27, 1961

77. Jelliffe,D.B., Woodburn,J., et al.: The children of the Hadza hunters.
J. Pediatr., 60, 907, 1962

78. Jelliffe, D.B., Jelliffe, E.F.P.: The uniqueness of human milk.
Amer. J. Clin. Nutr., 24, 968, 1971

79. Jelliffe, D.B., Jelliffe, E.F.P.: Duration of breast feeding.
Lancet, 1, 752, 1975

80. Jelliffe, D.B., Jelliffe,E.F.P.: Cultural interaction and young child nutrition. Towards a curvilinear compromise?
In: Scrimshaw, N.S., Behar, M.: Agriculture, nutrition and development in tropical countries . New York, 1976 (Plenum Press)

81. Jelliffe, D.B., Jelliffe, E.F.P.: Human milk in modern world.
Oxford, 1978 (Oxford University Press)

82. Jores, A.: Der Mensch und seine Krankheit.
Stuttgart, 1970 (Klett)

83. Jores, A., Kerékjártó,M.: Der Asthmatiker. Aetiologie und Therapie des Asthma bronchiale in psychologischer Sicht.
Bern, 1967 (Huber)

84. Jores, A., Droste, R.:Der Tod im Status asthmaticus.
Aerztl. Wochenschrift,(ohne Nr.), 39, 1956

85. Jühlin, L., Michaelsson, G., et al.: Urticaria and asthma induced by food and drug addition in patients with aspirin hypersensitivity.
J. Allerg. Clin. Immunol., 50, 92, 1972

86. Jung, C.G.: Psychologische Typen.
Zürich, 1960 (Rascher)

87. Jung, C.G.: Seelenprobleme der Gegenwart.
Zürich, 1931 (Rascher)

88. Keller, W., Wiskott,A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde. 4.Aufl.
Stuttgart, 1977 (Thieme)

89. Kippley, S.: Breast feeding and maternal child-spacing; the ecology of natural mothering.
Harmondsworth, 1975 (Penguin)

90. Klinger, W.: Arzneimittelnebenwirkungen. (4.Aufl.)
Stuttgart, 1980 (G. Fischer)

91. Kraepelien,S.:The frequency of bronchial asthma in Swedish school children.
Acta paed. Scand., 43, Suppl., 149, 1954

92. Kretchmer, N., Rossi, E., et al.:Milk and lactation. International Symposium .
Basel, 1975 (Karger)

93. Kuemmerle, H.P., Goossens, N.: Klinik und Therapie der Nebenwirkungen. 2.Aufl.
Stuttgart, 1973 (Thieme)

94. Kuschinsky G.:Taschenbuch der modernen Arzneibehandlung.
Stuttgart, 1975 (Thieme)

96. Kuschinsky,G., Lüllmann, H.: Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie.
Stuttgart, 1974 (Thieme)

96. Lamont,J. H.: Which children outgraw asthma and which do not?
In: 132.Schneer,H.I.
New York, 1963 (Harper and Row)

97. Langman, J.:
Medizinische Embryologie.
Stuttgart, 1970 (Thieme)

98. Lawrence, R.A.(ed.): Counseling the mother on breastfeeding. Report of the 11th Ross-Roundtable on critical approaches to common pediatric problems.
Columbus, 1980 (Ross Laboratories,Library of Congress)

99. Lynch, M.A.: Ill-health and child-abuse.
Lancet, 2, 317, 1975

100.Mansmann, H.C.: Allergy in childhood.
Ped. Clin. N. Amer., 21, 23, 1974

101.Marty, P.:Klinische Bemerkungen und Hypothesen zur Oekonomie der Allergie.
In:16. Brede,K.
Frankfurt/M., 1974 (Syndikat)

102.Marty,P.: Die 'allergische Objektbeziehung'.
In: 16.Brede K.
Frankfurt/M., 1974 (Syndikat)

103.Mead,M.:Sex and temperament in three primitive societies.
New York, 1963 (Dell)

104.Mitscherlich,A.:Krankheit als Konflikt - Studien zur psychosomatischen Medizin,1.
Frankfurt/M., 1966 (Suhrkamp)

105.Mitscherlich,A.: Versuch, die Welt besser zu bestehen.
Frankfurt/M., 1970 (Suhrkamp)

106.Moser, T.: Grammatik der Gefühle - Mutmassungen über die ersten Lebensjahre.
Frankfurt/M., 1979 (Suhrkamp)

107.Mueller, H.L., Weiss,R.J., et al.:The incidence of milk sensitivity and the development of allergy in infants.
New Engl. J. Med., 268, 1220, 1963

108.Nellhaus,G.,Neuman,I., et al.:Asthma and seizures in children.
Ped. Clin. N. Amer., 22, 89, 1975

109.Neraal,A.: Das Asthma bronchiale aus familiendynamischer Sicht, dargestellt an einem exemplarischen Fall.
Mschr. Kinderheilk., 128, 476, 1980

110.Newman,G.:Infant mortality: A social problem.
New York, 1906 (Dutton)

111.Newton,N.:Breast-feeding.
Psychol. Today, 6, 34, 1968

112.Newton,N.:Maternal emotions .
New York, 1953 (Hoeber)

113.Newton,N., Newton,M.:Psychologic aspects of lactation.
New Engl. J. Med., 277, 1179, 1967

114.Nolte, D.: Asthma. Das Krankheitsbild, der Asthmapatient, die Therapie.
München, 1980 (Urban und Schwarzenberg)

115.Oesterlund, K., Timonen,S.:Stillen im Kreissaal.
In:131. Schmidt,E.

116.Patte,C., Tancrède,C., et al.: Premières étapes de la colonisation bactérienne du tube digestif du nouveau-né.
Ann. Microbiol., 130A, 69, 1979

117.Péchevis,M.:Elements for a policy promoting breast-feeding.
In: Assignment Children, UNICEF no. 32,
Genf, 1975 (UNICEF)

118.Peshkin, M.M.:Intractable asthma of childhood, rehabilitation at the institutional level with a follow-up of 150 cases.
Int. Arch. Allergy, 15, 91, 1959

119.Petros-Bavarzian,A.: Maternal and child Health on breast-feeding.
In: 92.Kretchmer,N.
Basel, 1975 (Karger)

120. Platt,B.S., Gin,S.Y.:Chinese methods of infant feeding and nursing.
Arch. Dis. Childh., 13, 343, 1938

121. Platt,B.S.: Infant feeding practises. Breast feeding and the prevention of infant malnutrition.
Proc. Nutr. Soc., 13, 94,1954

122. Prescott, J.W.:Body pleasure and the origins of violence.
Bull. Atom. Sci., 31, 10, 1975

123. Raphael,D.:The tender gift.
New Jersey, 1973 (Prentice House)

124. Rosenthal,M.J.:A psychsomatic study of infantile eczema.
I. The mother-child relationship.
Pediatrics, 10, 1952

125. Richards, M.P.M.: Feeding and the early growth of the mother-child relationship. In: 92. Kretchmer,N.
Basel, 1975 (Karger)

126. Rosenthal,M.J.:Neuropsychiatric aspects of infantile ekzema.
(Special references to the role of cutaneous pain receptors.)
Arch. Neurol. Psychiatr., 70, 1953

127. Ruppert,V.(Hrsg.): Asthmafibel.
München, 1975 (Schwarzeck)

128. Saarinen,U.M., Kajosaari,M.: Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease.
Lancet,2, 163, 1979

129.Sand, A.E.: L'évolution de l'allaitement maternel en Occident.
In: 69.Herbinet,E.
Paris, 1980 (Stock)

130.Saucier,J.F.: Correlates of long postpartum taboo: a cross-cultural study.
Curr. Anthropol., 13, 238, 1972

131.Schmidt,E.(Hrsg.): Stillen und Stillhindernisse. Bericht über ein internationales Symposion in Düsseldorf.
Marburg, 1980 (Deutsches Grünes Kreuz)

132.Schneer,H.I.(ed.):The asthmatic child - Psychosomatic approach to problems and treatment.
New York, 1963 (Harper and Row)

133.Scholz,D.: Ergebnisse von Vorsorgeuntersuchungen an 12 000 Vierjährigen in West-Berlin.
Bundesgesundheitsblatt, 24, 373, 1967

134.Schur,M.:Zur Metapsychologie der Somatisierung.
In: 16.Brede,K.

135.Schwab,G.: Die Behandlung eines fünfjährigen asthmakranken Mädchens. In: 16.Brede,K.
Frankfurt/M., 1974 (Syndikat)

136.Schwöbel,G.: Psychosomatische Medizin. Probleme und Wege.
Zürich, 1960 (Rascher)

137.Seguin,C.A.: Der Arzt und sein Patient.
Bern, 1965 (Huber)

120. Platt,B.S., Gin,S.Y.:Chinese methods of infant feeding and nursing.
Arch. Dis. Childh., 13, 343, 1938

121. Platt,B.S.: Infant feeding practises. Breast feeding and the prevention of infant malnutrition.
Proc. Nutr. Soc., 13, 94,1954

122. Prescott, J.W.:Body pleasure and the origins of violence.
Bull. Atom. Sci., 31, 10, 1975

123. Raphael,D.:The tender gift.
New Jersey, 1973 (Prentice House)

124. Rosenthal,M.J.:A psychsomatic study of infantile eczema. I. The mother-child relationship.
Pediatrics, 10, 1952

125. Richards, M.P.M.: Feeding and the early growth of the mother-child relationship. In: 92. Kretchmer,N.
Basel, 1975 (Karger)

126. Rosenthal,M.J.:Neuropsychiatric aspects of infantile ekzema. (Special references to the role of cutaneous pain receptors.)
Arch. Neurol. Psychiatr., 70, 1953

127. Ruppert,V.(Hrsg.): Asthmafibel.
München, 1975 (Schwarzeck)

128. Saarinen,U.M., Kajosaari,M.: Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease.
Lancet,2, 163, 1979

129.Sand, A.E.: L'évolution de l'allaitement maternel en Occident.
In: 69.Herbinet,E.
Paris, 1980 (Stock)

130.Saucier,J.F.: Correlates of long postpartum taboo: a cross-cultural study.
Curr. Anthropol., 13, 238, 1972

131.Schmidt,E.(Hrsg.): Stillen und Stillhindernisse. Bericht über ein internationales Symposion in Düsseldorf.
Marburg, 1980 (Deutsches Grünes Kreuz)

132.Schneer,H.I.(ed.):The asthmatic child - Psychosomatic approach to problems and treatment.
New York, 1963 (Harper and Row)

133.Scholz,D.: Ergebnisse von Vorsorgeuntersuchungen an 12 000 Vierjährigen in West-Berlin.
Bundesgesundheitsblatt, 24, 373, 1967

134.Schur,M.:Zur Metapsychologie der Somatisierung.
In: 16.Brede,K.

135.Schwab,G.: Die Behandlung eines fünfjährigen asthmakranken Mädchens. In: 16.Brede,K.
Frankfurt/M., 1974 (Syndikat)

136.Schwöbel,G.: Psychosomatische Medizin. Probleme und Wege.
Zürich, 1960 (Rascher)

137.Seguin,C.A.: Der Arzt und sein Patient.
Bern, 1965 (Huber)

138. Solomon,J.B.: Foetal and neonatal Immunology. Frontiers of Biology,20.
Amsterdam, 1971 (North Holland)

139. Sontag,S.:Krankheit als Metapher.
München,1980 (Hanser)

140. Sosa,R.:Maternal-infant interaction during the immediate post-partum period.
Adv. Pediatrics, 25, 451, 1978

141. Speer,F.:The allergic child.
London, 1963 (Harper and Row)

142. Spitz,R.A.:Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr.
Stuttgart, 1972 (Klett)

143. Staehelin,B.: Allergie in psychosomatischer und soziologischer Sicht.
Stuttgart, 1961 (Thieme)

144. Staehelin,B.: Hoffnung, Urvertrauen und zweite Wirklichkeit in der Mutter-Kind-Beziehung.
Sonderdruck, o.O.,o.J.

145. Stauber,M.:Psychosomatische Aspekte in der Geburtshilfe.
Dt. Aerzteblatt, 12, 797, 1979

146. Stoliar,O.A.,Kaniecki-Green,E., et al.:Secretory IgA against enterotoxins in breast-milk.
Lancet,1, 1258, 1976

147.Trüb,H.: Heilung aus der Begegnung . 3.Aufl.
Stuttgart, 1951 (Klett)

148.von Uexküll,Th.(Hrsg):Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München, 1979 (Urban und Schwarzenberg)

149.van Ufford,Q.W.J.:Causes, provoking factors, predisposing factors, complications and consequences of bronchial asthma.
In: Damas Mora,D.(ed.):Asma e Alergias
Lissabon, 1968

150.Varonier,H.S.: Prevalence of respiratory allergy among children and adolescents in Geneva.
Respir., 27, Suppl., 115, 1970

151.Verderese,M.L., Turnbull,L.M.:The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning. A guide to her training and utilisation.
WHO offset publication no. 18
Genf, 1975

152.von Weizsäcker,V.:Pathosophie. 2.Aufl.
Göttingen, 1967 (Vandenhoek und Ruprecht)

153.Wernli-Hässig,A.:Der Asthmakranke in der Praxis.
Aerztl. Prax., 11, 3, 1975

154.Whitehead,R.G.:The infant-food industry.
Lancet, 2, 1192, 1976

155.Windorfer jun.,A.: Stillen und Medikamente.
In: 131.Schmidt,E.
Marburg, 1980 (Deutsches Grünes Kreuz)

156.Wong,H.B.: Breast feeding in Singapore.
Singapore, 1971 (Choon Kee Press)

156.Ziegler,A.J.:Morbismus - Von den besten aller Gesundheiten.
Zürich, 1979 (Schweizer Spiegel-Verlag)

157.Zorn,F.:Mars.
München, 1977 (Kindler)

158.Zuidema,P.,Kerrebijn,K.F., et al.:Epidemiologische Untersuchungen über das Vorkommen von Asthma und Bronchitis bei den Davoser Schulkindern.
Respir., 27, Suppl., 101, 1970

VII. Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. K. Riegel, für seinen Rat und seine Hilfe.

Dann danke ich meinen Eltern sehr, die mir das Studium ermöglicht und erleichtert haben, und damit zur Voraussetzung für diese Arbeit wesentlich beigetragen haben.

Insbesondere danke ich Marian von Castelberg, die mir in grosszügiger Gastfreundschaft das Arbeiten in einer so schönen und wohltuenden Umgebung ermöglicht hat.

Ein grosser Dank geht an alle, die mich mit Auskünften, Rat und Hilfe bei der Beschaffung meines Materials unterstützt haben.

Danke auch all jenen, die mir Gesprächspartner waren, mich ermunterten und mir wohltaten, insbesondere Rolf.

Zürich, Brunnenhof, 20. September 1980

VIII. Lebenslauf

Ich, Petra Koellreutter, wurde am 8.März 1954 in Herrsching am Ammersee, unweit von München, geboren.

Grundschule und Gymnasium besuchte ich, mit kurzen Ausnahmen, in München, wo ich im Juni 1973 am neusprachlichen Zweig des Willi-Graf-Gymnasiums mein Abitur ablegte.

Im Herbst 1973 begann ich mein Medizinstudium an der Ludwig-Maximilian-Universität in München.

1975 legte ich die Aerztliche Vorprüfung ab, 1976 das 1.Staatsexamen, 1978 das 2.Staatsexamen, wobei mir das multiple-choice-Verfahren immer unsinnig erschien und mir deshalb auch sehr schwer fiel.

1978/79 absolvierte ich mein Praktisches Jahr in Chirurgie am Städtischen Krankenhaus München-Neuperlach, in Pädiatrie, meinem Wahlfach, an der Universitätskinderklinik in München und in Innerer Medizin am Städtischen Krankenhaus Ingolstadt.

Im November 1979 legte ich mein 3.Staatsexamen ab.

In den Jahren 1976-1978 studierte ich parallel Theaterwissenschaft bei Prof. Esrig in München, wobei ich mich vor allem mit Fragen der Psychologie, Anthropologie und Theatertheorie beschäftigte.

Seit dem Frühjahr 1980 widme ich mich vor allem meiner Dissertation über Asthma bronchiale.